



ESCOLA SUPERIOR DE  
SAÚDE DO ALCOITÃO

SANTA CASA da Misericórdia de Lisboa

João Manuel dos Santos Gaspar

## **Trabalho de Projeto - Autonomia e exigências da tarefa dos Fisioterapeutas nas condições músculo esqueléticas: relação com bem-estar e satisfação**

**Projeto elaborado com vista à obtenção  
do Grau de Mestre em Fisioterapia,  
no Ramo de Especialidade em Músculo Esquelética**

**Orientador:** Professora Doutora Dália Maria dos Santos Nogueira

Outubro, 2014



ESCOLA SUPERIOR DE  
SAÚDE DO ALCOITÃO

SANTA CASA da Misericórdia de Lisboa

João Manuel dos Santos Gaspar

**Trabalho de Projeto - Autonomia e exigências da tarefa dos  
Fisioterapeutas nas condições músculo esqueléticas: relação com bem-  
estar e satisfação**

**Projeto elaborado com vista à obtenção  
do Grau de Mestre em Fisioterapia,  
no Ramo de Especialidade em Músculo Esquelética**

**Orientador:** Professora Doutora Dália Maria dos Santos Nogueira

**Júri**

**Presidente: Professora Doutora Maria Manuela Serra de Carvalho Pereira Alves Ferreira**

Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde do Alcoitão

**Vogais: Professora Doutora Dália Maria dos Santos Nogueira**

Professora Coordenadora Equipara da Escola Superior de Saúde do Alcoitão

**Professor Doutor Luis Alberto Santos Curral**

Director da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

Outubro, 2014

## AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento do presente estudo integra o contributo e a colaboração de várias pessoas, para o qual concorreram as suas valências e competências técnicas e com os quais tive o privilégio de privar e de beneficiar da sua experiência e actividade. A todos o meu profundo reconhecimento e sentido agradecimento:

À Dra. Dália Nogueira, minha orientadora específica, pelas indicações fundamentais e disponibilidade na realização deste estudo.

À Terapeuta Alexandra Silva pela sua compreensão, amizade, contributos formais e metodológicos de enorme valor.

Ao meu amigo Nuno Anjinho que me incentivou a avançar e a concluir este desafio.

Ao meu amigo Anthony Frankel pelo apoio na tradução de alguns textos.

Aos participantes, os fisioterapeutas do Centro Hospitalar de Lisboa Central, que colaboraram e aceitaram fazer parte deste estudo, colaborando no preenchimento dos questionários e tornando possível a realização deste trabalho.

## INDICE

RESUMO	7
ABSTRACT	8
INTRODUÇÃO	9
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
Qualidade em saúde	12
Fisioterapia	14
Papel do Fisioterapeuta	15
Fisioterapia em Condições Músculo-esqueléticas	15
Qualidade em Fisioterapia	17
Princípios éticos	20
Exigências e controlo/autonomia no trabalho	21
Exigências da tarefa	21
Controlo/Autonomia no Trabalho	22
Bem-Estar no Trabalho	24
Satisfação no Trabalho	25
Relação entre exigências e controlo no trabalho: Modelo de Karasek	28
Caracterização das Instituições	34
Hospital Curry Cabral	34
Hospital S. José	34

Maternidade Alfredo da Costa	35
Hospital Sto. António dos Capuchos	35
Hospital de Sta. Marta	36
Hospital D. Estefânia	36
METODOLOGIA	37
Questão Orientadora da Investigação	37
Objectivos	37
Hipóteses	37
Tipo de Estudo	38
Variáveis de Estudo	38
Participantes	38
Instrumentos	40
Questionário se satisfação e bem-estar no trabalho (QSSBE)	40
Escala de Exigências e Autonomia no Trabalho (EEAT)	41
Procedimentos	42
Procedimento de Recolha de Dados	42
Procedimento de Análise de Dados	42
RESULTADOS	43
Análise descritiva/correlacional	43
Estatística Inferencial – Teste de Hipóteses	45
DISCUSSÃO DE RESULTADOS	49

CONCLUSÕES	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
APÊNDICES	67
Carta de autorização para a realização do estudo	67
ANEXOS	68
Questionário de Satisfação e Bem- Estar no Trabalho	68
Escala de Exigências e Autonomia no Trabalho	71

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A interação entre autonomia/controlo e exigências no trabalho encontra-se relacionada com o bem-estar e satisfação profissional (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990).

**OBJETIVO:** Analisar a relação entre a interação autonomia e exigências da tarefa no bem-estar e na satisfação profissional dos fisioterapeutas que trabalham em condições músculo esqueléticas.

**METODOLOGIA:** Este estudo foi realizado com uma amostra de 60 profissionais de fisioterapia do Centro Hospitalar de Lisboa Central, com idades compreendidas entre os 27 e os 60 anos. O estudo apresentou-se quantitativo e descritivo/correlacional, tendo-se recorrido ao Questionário de Satisfação e Bem-estar no trabalho (QISBE) (Curral, 2005) e a Escala de Exigências e Autonomia no Trabalho (EEAT) (Castanheira, 2009). **RESULTADOS:** Os resultados obtidos mostram que existe um efeito negativo significativo das exigências da tarefa no bem-estar e na satisfação com a coordenação e um efeito positivo no mal-estar. De igual modo, os resultados sugerem um efeito direto positivo do controlo sobre o trabalho no bem-estar, na satisfação com a equipa e na satisfação com o trabalho. Ao contrário do esperado, não foram encontrados efeitos de interação entre as exigências da tarefa e o controlo sobre o trabalho em nenhuma das variáveis dependentes estudadas. **Conclusão:** Apesar de não termos observado o efeito protetor do controle na relação negativa entre as exigências da tarefa e bem-estar e a satisfação profissional dos fisioterapeutas, tal como descrito na literatura, podemos demonstrar que o bem-estar e a satisfação profissional em contexto hospitalar parece depender, em parte, da sobrecarga de trabalho que têm e do grau de autonomia que possuem na realização do seu trabalho. Estes resultados permitem-nos inferir algumas implicações práticas para melhorar a satisfação e o bem-estar destes profissionais.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** The interaction between autonomy/control and demands in the work is related to the well-being and professional satisfaction (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990). Goal: To analyse the relationship between autonomy/demands of the task and the well-being of the physiotherapists who work under muscle skeletal conditions. **METHODOLOGY:** This study has been carried out with a sample of 60 professionals of physiotherapy of the Central Hospital of Lisbon, aged between 27 and 60 years old. The study is both quantitative and descriptive/correlational, with recourse to the Questionnaire of the Satisfaction and well-being at work (QISBE) (Curral 2005) and the Scale of Demands and Autonomy at Work (Castanheira 2009). **RESULTS:** The results obtained show that there is a negative significant effect of the demands of the task in the well-being and in the satisfaction with the coordination and a positive effect in the bad disposition. Similarly, the results suggest a positive effect of the control over the work in the well-being on satisfaction with the team and on satisfaction with the work. Contrary to expectations, one could not find any effect of the interaction between the demands of the task and the control over the work in none of the dependent variables. **CONCLUSION:** Although we did not observe the protective effect of the control in the negative relationship between the demands of the task and the well-being and satisfaction of the physiotherapists, just as it is described in the literature, we can demonstrate that the well-being and the professional satisfaction of the Physiotherapists in the hospital framework seem to depend, partly, on the work overload that they have and on the autonomy that they possess in the accomplishment of their work. These results allow us to infer some practical implications in order to improve the satisfaction and well-being of these professionals.



## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Metodologias da Investigação, do Mestrado em Fisioterapia / Ramo de Especialidade em Músculo Esqueléticas, foi proposto o desenvolvimento deste projeto.

O tema deste trabalho surgiu da experiência profissional nas condições músculo esqueléticas, em que a integração num estabelecimento hospitalar e a interacção com os outros profissionais de saúde, permitiu perceber que a autonomia no trabalho, as condições de trabalho, a sobrecarga de tarefas bem como os níveis de satisfação e bem-estar profissional são determinantes para a dinâmica da intervenção terapêutica e decisivos no empenho com a organização. Através da análise dos dados obtidos ao longo do desenvolvimento deste projecto, foi possível perceber que a maioria dos Fisioterapeutas questionados e existentes nas Instituições de Saúde investigadas trabalha em condições músculo esqueléticas (74%), evidenciando a necessidade de mais trabalhos nesta área uma vez que é uma das mais frequentes e com mais impacto na Saúde.

Têm-se constatado relações significativas entre a sobrecarga, o desenvolvimento de ansiedade e a diminuição da satisfação no trabalho, com consequentes efeitos nefastos para a saúde (Peiró, 1993; Karasek & Theorell, 1990). Nos estudos sobre o conteúdo do trabalho, a motivação intrínseca do mesmo, o desenho das tarefas e de postos de trabalho, e a própria acção humana relacionada com as tarefas, têm sido identificadas uma série de características inerentes às actividades do trabalho que, se estiverem presentes de forma adequada, representam um importante potencial motivador e podem contribuir para o bem-estar psicológico dos trabalhadores. Porém, se estiverem inadequadamente representadas (quer seja por excesso ou por defeito) podem constituir uma fonte importante de desgaste profissional (Bakker, Hakanen, Demerouti & Xanthopoulou, 2007).

Consideram-se duas das características supracitadas: oportunidade para o controlo e oportunidade para o uso de habilidades. A oportunidade para o controlo: trata-se de um aspecto que

pode produzir stress ou, pelo contrário, bem-estar psicológico, na medida em que o ambiente de trabalho permite ao indivíduo controlar as actividades e realizar as tarefas (Karasek & Theorell, 1990). Para compreender melhor esta característica do trabalho, convém distinguir entre o controlo intrínseco do extrínseco. O primeiro refere-se à influência que o sujeito tem sobre o conteúdo do seu próprio trabalho (planificação e determinação dos procedimentos a utilizar). O segundo faz referência a aspectos do ambiente de trabalho (salários, horários, políticas da organização, benefícios sociais) (Santos, 1988; Peiró, 1993). Por outro lado, a oportunidade para o uso de habilidades: outra característica de relevo para o bem-estar psicológico ou, pelo contrário, para o desenvolvimento de stress no trabalho é a oportunidade que o contexto sócio-profissional oferece ao indivíduo, para utilizar e desenvolver as próprias habilidades (Karasek & Theorell, 1990). Desta forma, a temática vê acentuada a sua pertinência, devido à presente complexidade de políticas de gestão das unidades hospitalares que se repercute na realização profissional, na qualidade dos cuidados prestados e na qualidade da produtividade dos fisioterapeutas.

Este estudo tem como finalidade compreender de que modo a exigência da tarefa e o controlo/autonomia afetam o bem-estar psicológico e satisfação dos fisioterapeutas no exercício da prática clínica nas condições músculo esqueléticas, residindo na compreensão do efeito da interação das exigências da tarefa com a autonomia dos fisioterapeutas no seu bem-estar e satisfação, usando o modelo Job-Demand Control (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990).

Este projecto tem como pressuposto de investigação a seguinte questão orientadora: “Qual a relação entre as exigências da tarefa e a autonomia sobre o trabalho dos fisioterapeutas nas condições músculo esqueléticas no bem-estar e na satisfação?”. Com esta questão surgiram três hipóteses de trabalho: se exigências da tarefa elevadas associadas a controlo sobre o trabalho elevado são promotoras de bem-estar; se exigências da tarefa elevadas associadas a controlo sobre o trabalho elevado são promotoras de satisfação e se exigências da tarefa elevadas associadas a controlo sobre o trabalho baixo são promotoras de mal-estar.

A relevância do estudo está patente no termo “humanização hospitalar”, ou seja, tem-se verificado que esta temática tem como objectivo primordial a qualidade de serviços prestados de quem procura e necessita de cuidados hospitalares, os doentes. As condições de trabalho, a motivação e, em consequência, o bem-estar e a satisfação dos profissionais de saúde (fisioterapeutas) têm sido relegados para um plano secundário, ou mesmo completamente descurado.

A significância por si só reside no dinamismo, na convergência dos esforços para encontrar estratégias, como o desenvolvimento de competências específicas, possibilidade de controlar as suas tarefas e decidir como o seu trabalho é feito, com vista a uma melhor satisfação e bem-estar profissional do Fisioterapeuta. Perante isto, as tomadas de decisão na organização do trabalho devem ser em função das necessidades dos profissionais e não de interesses pessoais, institucionais, de normas ou rotinas. Para tal, a reestruturação no funcionamento dos serviços através de novas dinâmicas das relações interpessoais no trabalho; a definição de objectivos qualitativos; a contribuição de condições de trabalho atractivas e gratificantes; o reconhecimento e o desenvolvimento da profissão em áreas de especialidade e de carreira são medidas que este estudo procurará tratar.

O presente estudo divide-se em duas partes distintas mas também complementares. Uma primeira parte consiste num breve enquadramento teórico relativo à temática do bem-estar e satisfação no trabalho e respectiva relação com as exigências e controlo do mesmo. Na segunda parte apresentamos o trabalho empírico realizado no sentido de responder aos objectivos e testar as hipóteses levantadas. São, nesta parte, expostas a metodologia de trabalho adoptada (participantes, instrumentos, procedimentos e métodos de recolha e análise de dados), os resultados e a respectiva discussão. Por fim apresentamos uma breve conclusão do trabalho.

O estudo em desenvolvimento é do tipo correlacional não experimental (de campo), no qual se pretende verificar qual a influência das duas variáveis independentes, como a exigência da tarefa e autonomia ao nível da satisfação e bem-estar (variáveis dependentes). A população alvo do estudo é constituída por fisioterapeutas que exercem prática clínica nas condições músculo esqueléticas do Centro Hospitalar de Lisboa Central (Hospital São José, Hospital Santo António dos Capuchos, Hospital Santa Marta, Hospital Dona Estefânia, Hospital Curry Cabral e Maternidade Alfredo da Costa).

Para a concretização deste estudo utilizar-se-ão dois instrumentos validados para o português europeu: o “ Questionário de Investigação da Satisfação e Bem-estar no trabalho” (Anexo 1) de Curral (2005) e a “ Escala de exigências e autonomia no trabalho” (Anexo 2) de Castanheira (2009).

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### QUALIDADE EM SAÚDE

Nas últimas décadas tem-se assistido a uma crescente preocupação com a qualidade dos serviços de saúde não só porque a oferta é bastante maior mas também porque o grau de exigência do doente é cada vez mais alto. É importante para o doente saber que tem à sua disposição serviços de saúde de qualidade, que se distinguem por esta ou aquela razão. Esta maior atenção da população relativamente à qualidade dos cuidados prestados faz com que seja cada vez mais importante estar atento às suas necessidades, não só através da análise da prática clínica mas também levando a cabo estudos de avaliação da satisfação, para que se possa melhorar e evoluir.

Apesar do crescente interesse dos últimos anos, o conceito de qualidade representa um desafio para a maioria dos profissionais que atuam na área da saúde. Segundo Martin e Henderson (2004) toda a definição de qualidade deverá incorporar as percepções tanto dos utentes como dos prestadores de serviço. Nas unidades de saúde as pessoas vêm qualidade (ou falta de qualidade) tanto na forma como são tratadas, enquanto utentes dos serviços, como nos resultados que obtêm da experiência.

Martin e Henderson (2004) apresentam diversas definições de qualidade que têm vindo a surgir ao longo dos tempos sendo estas as mais utilizadas: a qualidade é a adequação ao objectivo (Juran, 1986); é a conformidade com os requisitos (Crosby, 1984); a totalidade dos aspectos e características de um produto ou serviço que incorpora em si a capacidade de satisfazer necessidades explícitas ou implícitas (International Standards Organization, 1986); o grau de conformidade de todos os aspectos e características relevantes de um produto (ou serviço) com todos os aspectos das necessidades do cliente (Grocock, 1986). Todas as definições de qualidade acima citadas vão ao encontro das necessidades do cliente, desta forma, é fundamental perceber quais são essas necessidades com o intuito de corresponder, o melhor possível, às expectativas dos utentes.

Devido à dificuldade na definição de qualidade têm surgido algumas visões um pouco redutoras mas ainda muito comuns no campo da saúde, que têm contribuído para distorcer a

realidade. Segundo Serapioni (2009) muitas vezes faz-se referência à qualidade como sinónimo de eficácia técnica, incluindo exclusivamente os aspectos diagnósticos e terapêuticos; a qualidade aparece também relacionada com os aspectos relacionados aos gastos com saúde; ou, ainda, a qualidade que considera somente as percepções dos pacientes, reduzindo a avaliação da qualidade a uma mera sondagem de opiniões, excluindo, assim, a perspectiva de análise dos outros atores envolvidos no processo nomeadamente dos profissionais de saúde intervenientes no processo.

Por sua vez Martins (2005) menciona que para a Organização Mundial de Saúde, as componentes de ou para a saúde de qualidade são bastante específicas: elevado grau de excelência profissional, eficiência na utilização dos recursos com risco mínimos, satisfação por parte dos utentes e obter resultados em saúde que indiquem a eficiência na utilização dos recursos e, ou, aos defeitos dos cuidados prestados no estado de saúde e bem-estar dos doentes e no seu grau de satisfação.

A ideia de medir a qualidade dos serviços em saúde surgiu na década de 1960, na Universidade de Michigan (EUA). Donabedian lançou uma metodologia em que era avaliada e classificada a estrutura, o processo e os resultados nos serviços de saúde. Ele afirmava que ‘o critério de qualidade nada mais é do que juízo de valor’ e que a definição de qualidade em saúde reflecte os valores e objectivos correntes de um determinado sistema de saúde e de toda a sociedade do qual ele faz parte (Norman, 2012).

Um serviço de saúde de qualidade deve assegurar aos doentes a existência de um nível aceitável de cuidados, pois só assim o resultado final da intervenção poderá ser eficiente, eficaz e satisfatório para o utente. A qualidade pode e deve ser vista numa óptica de gestão e de melhoria, promovendo a procura contínua de melhores práticas e o envolvimento de todos os profissionais, na eficácia e eficiência do serviço prestado. A qualidade em saúde não se relaciona, exclusivamente, com um ou outro dos aspectos mencionados, mas é o resultado de uma integração e relação entre eles.

## **FISIOTERAPIA**

Os primórdios da fisioterapia remontam aos primórdios da civilização, quando o Homem, ainda que empiricamente, utilizava a exposição solar, as águas termais ou a massagem, para aliviar/curar os seus males. Coutinho (2007) referiu que a primeira definição de Fisioterapia em Portugal surgiu apenas no ano de 1993, no contexto da regulamentação geral das actividades paramétricas assumindo a seguinte redacção:

" A Fisioterapia centra-se na análise do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo; utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base, essencialmente, no movimento, nas terapias manipulativas, e em meios físicos e naturais, com a finalidade da promoção da saúde e prevenção da doença, da deficiência, da incapacidade e da inadaptação, e de tratar ou reabilitar os utentes/clientes com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento o outras, incluindo a dor com o objetivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida."

Em 2011 a World Confederationn for Physical Therapy (WCPT), propôs uma outra descrição para a Fisioterapia: presta cuidados a indivíduos e populações de forma a desenvolver, manter e restituir o máximo movimento e capacidade funcional ao longo do ciclo de vida. Isto inclui a prestação de serviços em circunstâncias onde o movimento e a função estão comprometidos pelo envelhecimento, lesão, doença ou fatores ambientais. O movimento funcional é central para o significado de ser saudável. A Fisioterapia preocupa-se na identificação e na maximização da qualidade de vida e potencial de movimento dentro das esferas da promoção, prevenção, intervenção/ tratamento, habilitação e reabilitação. Isto abrange o bem-estar físico, psicológico, emocional e social.

Em suma, a Fisioterapia envolve a interação entre Fisioterapeutas, utentes/ clientes, outros profissionais de saúde, famílias, cuidadores e comunidades, num processo onde o potencial de movimento é avaliado e os objetivos são acordados, utilizando conhecimentos e competências clínicas únicas dos Fisioterapeutas.

## **PAPEL DO FISIOTERAPEUTA**

A Fisioterapia é uma profissão regulada e estabelecida, com aspectos profissionais de exercício clínico e educação específicos, indicativos da diversidade de contextos sociais, económicos, culturais e políticos e constitui uma parte essencial na prestação de serviços no Sistema Nacional de Saúde.

Os Fisioterapeutas são profissionais qualificados e habilitados para realizar um exame/ avaliação completa do utente/ cliente ou das necessidades de um grupo de clientes, formular um diagnóstico em Fisioterapia, prognóstico e plano de intervenção, implementar um programa de intervenção/ tratamento em fisioterapia, determinar os resultados de qualquer intervenção/ tratamento e fazer recomendações de auto tratamento (WCPT, 2011).

O extenso conhecimento dos Fisioterapeutas do corpo e das suas necessidades e potencial de movimento é central na determinação de estratégias de diagnóstico e intervenção. Estes podem exercer a profissão de forma independente dos outros profissionais de saúde ou integrados em programas interdisciplinares de reabilitação/ habilitação de forma a prevenir, ganhar, manter ou restaurar a função e a qualidade de vida em indivíduos com perda e alterações de movimento. O Fisioterapeuta poderá trabalhar numa vasta panóplia de locais que poderão variar consoante a intervenção seja realizada na perspectiva de promoção da saúde, prevenção, intervenção/ tratamento, habilitação e reabilitação.

## **FISIOTERAPIA EM CONDIÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS**

As condições músculo-esqueléticas são responsáveis por quase 25% das queixas dos utentes nos cuidados primários (Childs, Whitman, Sizer, Pugia, Flynn, Delitto, 2005). Diversos estudos demonstraram que os fisioterapeutas têm capacidade para providenciar cuidados seguros e eficazes em termos de custos neste tipo de condições. A evidência sugere que a fisioterapia em condições músculo esqueléticas como cuidado primário leva a uma redução das referências para os cuidados

secundários, prescrição de medicação, Raio-X, consultas de clínica geral e a uma diminuição do tempo de baixa médica (Lowe & Bithell, 2000).

Para facilitar o estudo e classificação das doenças do corpo humano, optou-se por dividir a Fisioterapia em áreas relacionadas com os vários sistemas do organismo. Uma das áreas engloba as perturbações do sistema muscular ou músculo esquelético (perturbações dos ossos, articulações e músculos), sendo por isso designada de Fisioterapia em condições músculo esqueléticas.

Segundo Kathryn e Elizabeth (2004) a Fisioterapia músculo esquelética estuda, diagnostica, previne e trata os distúrbios relacionados com a biomecânica e a funcionalidade humana resultantes de alterações do sistema muscular, articular e ósseo. Utiliza recursos físicos tais como: calor, frio, electroterapia, mecanoterapia, exercícios preventivos e terapêuticos, etc.

As perturbações músculo esqueléticas (ME) são extremamente comuns e incluem mais de 150 doenças e síndromes diferentes, estando habitualmente associadas a dor e inflamação. Estas condições são a principal causa de dor crónica e de incapacidade. Neste grupo, incluem-se patologias do foro ortopédico, traumatológico e reumatológico, nomeadamente: lesões dos tecidos moles, síndromes compartimentais, alterações posturais, patologias / deformidades da coluna, hérnias discais, alterações da neurodinâmica, reabilitação pós-fratura, reabilitação pós-cirúrgica, luxação / subluxação, artrose, osteoporose, artrite reumatóide, espondilite anquilosante, doenças reumáticas periarticulares ou das partes moles e outras síndromes de dor e fadiga crónicas (Petty, 2007).

Kathryn e Elizabeth (2004) acrescentam ainda que o objectivo principal da intervenção da fisioterapia neste tipo de patologias passa pelo alívio e/ou resolução dos sintomas associados, com vista à optimização da função. Para tal deve conseguir resolver a causa primária da origem dos sintomas, sempre que possível. Pretende-se ainda implementar estratégias que visem a prevenção deste tipo de problemas ou a sua reincidência. Por outro lado, pretende igualmente assegurar que as pessoas que sofrem de problemas músculo esqueléticos crónicos desfrutem de uma vida com qualidade e independência.

Neste contexto de intervenção, o Fisioterapeuta começa por identificar diferentes mecanismos que conduzem às disfunções do movimento e à lesão tecidual, reconhecendo a



contribuição dos vários fatores que estão na sua origem, de forma a poder estabelecer o Diagnóstico Funcional da Fisioterapia. A partir deste diagnóstico e do diagnóstico médico, o Fisioterapeuta determina as estratégias de intervenção mais apropriadas para atender às alterações da mobilidade, resultantes dos desequilíbrios a nível local ou global, da força muscular e da estabilidade articular.

Para este tipo de intervenção o Fisioterapeuta pode recorrer a diversas técnicas nomeadamente a terapia manual, o exercício, técnicas electro físicas e de ensino/aconselhamento, técnicas manuais de mobilização dos tecidos moles, alongamento e relaxamento mio-fascial, mobilização neural, mobilização articular, drenagem linfática e venosa, técnicas de correção postural, técnicas que visam o treino do movimento normal e exercícios com vista à melhoria da força muscular e estabilidade articular, pressoterapia, técnicas de imobilização funcional entre outras (Petty, 2008)

## **QUALIDADE EM FISIOTERAPIA**

Em Fisioterapia, por norma, a qualidade é medida de acordo com os resultados obtidos, estando a aquisição destes resultados relacionada não só com as capacidades técnicas do profissional, mas também com a capacidade que este tem em estabelecer uma relação/comunicação saudável e eficaz com o utente. Para garantir a qualidade dos serviços desta área, a Confederação Mundial de Fisioterapia e posteriormente a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, assumiram que a Fisioterapia é um serviço prestado exclusivamente por Fisioterapeutas, ou sob a sua orientação e supervisão e inclui consulta e intervenção, tendo assim implementando padrões elevados de prática e princípios éticos para a prestação de cuidados de Fisioterapia (Bettencourt, Machado, Guerra, Fonseca, Pascoalinho, Avilez, Murta & Amado, 2005)

A obrigação de assegurar padrões de elevada qualidade, na prestação de cuidados, está reflectida nas Declarações de Princípios e Recomendações, da WCPT e no art.º 2º dos Estatutos da APF. Segundo Bettencourt et al. (2005) o desenvolvimento e a documentação dos padrões de prática são necessários para:

- Implementar a qualidade dos serviços prestados e a sua auto-regulação, demonstrando também aos cidadãos que os Fisioterapeutas são profissionais de saúde indispensáveis neste processo;

- Orientar os fisioterapeutas na conduta e avaliação das suas práticas;
- Conduzir e orientar os fisioterapeutas no seu desenvolvimento profissional contínuo e aprendizagem ao longo da vida;
- Informar sobre a natureza do profissional de fisioterapia aos Governos, órgãos da tutela e outros grupos profissionais;
- Reflectir os valores, condições e objectivos necessários ao desenvolvimento permanente da profissão;
- Ter como base princípios válidos e mensuráveis;
- Ir de encontro às necessidades de mudança da comunidade;
- Servir como meio de comunicação com os membros da profissão, outros profissionais de saúde, governo e público em geral.

Segundo os mesmos autores, pertencentes ao grupo da APF responsável pelos Padrões de Prática, foram desenvolvidos vinte e dois padrões de prática, na totalidade, divididos por diferentes componentes: parceria com o utente, recolha de dados e ciclo de intervenção, promoção de um ambiente seguro (segurança do utente e do Fisioterapeuta) e desenvolvimento profissional contínuo - aprendizagem ao longo da vida (DPC.ALV). Os padrões de prática lecionados nas escolas de Fisioterapia e conhecidos por todos os profissionais da área são:

Padrão 1- Reconhecimento da importância do utente como indivíduo, em todos os aspetos da relação terapêutica.

Padrão 2- Deve ser dada ao utente toda a informação relevante sobre os procedimentos propostos pelo Fisioterapeuta, tendo em consideração a sua idade, estado emocional e capacidade cognitiva, de forma a permitir o consentimento expresso, claro e informado.

Padrão 3- As informações dadas pelo utente ao Fisioterapeuta são tratadas com estrita e total confidencialidade.

Padrão 4- No sentido de proporcionar um cuidado efectivo, deve identificar-se toda a informação relacionada com as opções de intervenção, tendo por base a melhor evidência disponível.

Padrão 5- Deve ser recolhida informação relacionada com o utente ou relacionada com o seu problema actual.

Padrão 6 - Sendo os problemas do utente uma referência, deve ser utilizado um instrumento de medida de avaliação de resultados, validado e publicado, para avaliar as alterações da condição de saúde do utente.

Padrão 7 - O plano de intervenção é feito em função da recolha de dados e análise da informação.

Padrão 8- O plano de intervenção é formulado em parceria com o utente.

Padrão 9- O plano de intervenção é executado de forma a beneficiar o utente.

Padrão 10- O plano de intervenção é avaliado de forma contínua para garantir a sua efectividade e relevância face às alterações do utente e do seu estado de saúde.

Padrão 11- Quando completado o plano de intervenção, são tomadas providências para a transferência/alta.

Padrão 12- Os Fisioterapeutas comunicam efectivamente com os utentes e/ou seus familiares/cuidadores.

Padrão 13 - Os Fisioterapeutas comunicam efectivamente com profissionais de saúde e outros no sentido de providenciar um serviço efectivo ao utente.

Padrão 14 - Para facilitar a gestão sobre o utente e satisfazer os requisitos legais, todos os utentes que recebam intervenção de fisioterapia devem ter um processo clinico de Fisioterapia que inclua informação relacionada com cada episódio.

Padrão 15 - Os processos clínicos de Fisioterapia são arquivados de acordo com políticas existentes e legislação vigente.

Padrão 16 - Os utentes são tratados num ambiente seguro tanto para estes como para os Fisioterapeutas e família/cuidadores.

Padrão 17 - O Fisioterapeuta toma precauções no sentido de garantir que os riscos de trabalhar sozinho sejam minimizados.

Padrão 18 - Todo o equipamento é seguro e adequado à finalidade, no sentido de permitir a segurança do utente, familiar/cuidador e do Fisioterapeuta.

Padrão 19 - O Fisioterapeuta avalia as suas necessidades de aprendizagem.

Padrão 20 - O Fisioterapeuta planeia o seu Desenvolvimento profissional contínuo. Aprendizagem ao longo da vida (DPC.ALV).

Padrão 21 - Os planos de DPC.ALV são implementados.

Padrão 22 - O Fisioterapeuta avalia os benefícios do DPC e da sua ALV.

## PRINCÍPIOS ÉTICOS

O documento aprovado em Assembleia Geral da WCPT, em 1995, ao qual a APF está vinculada, delinea os princípios Éticos a que os Membros das Organizações aderiram, pela sua filiação na WCPT, sendo estes também um guia de qualidade.

Segundo Bettencourt et al. (2005) o documento aprovado em assembleia de WCPT o Fisioterapeuta:

1. Respeita os direitos e a dignidade de todos os indivíduos.
2. Atua de acordo com as leis e regulamentos que regem a prática da Fisioterapia do país onde trabalha.
3. Assume a responsabilidade da sua prática profissional e das suas decisões.
4. Realiza um serviço profissional honesto, competente e responsável.

5. Está obrigado a prestar serviços de qualidade de acordo com as políticas de qualidade e os objectivos definidos pela sua associação nacional de Fisioterapia.
6. Tem direito a um nível de remuneração justo e satisfatório pelos seus serviços.
7. Presta informações corretas aos clientes, a outros agentes e à comunidade sobre a Fisioterapia e sobre os serviços prestadores de Fisioterapia.
8. Contribui para o planeamento e desenvolvimento de serviços destinados a satisfazer as necessidades de saúde da comunidade.

Após abordar a temática da qualidade na saúde e a fisioterapia, passamos a abordar os conceitos relevantes para o nosso estudo que constituem as diversas variáveis a analisar posteriormente no estudo empírico. Assim falaremos dos aspectos relacionados com o trabalho como as exigências e controlo/autonomia no trabalho, bem-estar e satisfação.

## **EXIGÊNCIAS E CONTROLO/AUTONOMIA NO TRABALHO**

### **EXIGÊNCIAS DA TAREFA**

As exigências são definidas como os aspectos físicos, psicológicos, sociais e organizacionais do trabalho que requerem um sustentado esforço físico e/ou psicológico (cognitivo ou emocional) e constituem os principais preditores de mal-estar e desgaste profissional (Bakker, Demerouti, & Schaufeli, 2003 e 2007; Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001; Schaufeli & Bakker, 2004). Entre as exigências do trabalho que têm vindo a ser investigadas incluem-se a pressão de tempo, a sobrecarga de papéis, as fracas condições ambientais, ou as exigências emocionais decorrentes das interações com clientes (Bakker, Demerouti & Verbeke 2003; Bakker et al., 2007).

De acordo com Karasek (1979) as exigências podem afectar a saúde e bem-estar dos trabalhadores. As situações de trabalho exigem do trabalhador níveis de concentração, ritmo, volume, tempo determinado para a realização de tarefas e relacionamento interpessoal. Segundo Karasek e Theorell (1990) as exigências são as pressões psicológicas a que os trabalhadores são submetidos no trabalho e podem ter origem na quantidade, dificuldade e ritmo de trabalho a

executar em determinada unidade de tempo, na relação entre as capacidades do trabalhador e o trabalho e também do conflito existente nas relações de trabalho. As exigências do trabalho dizem respeito ao excesso de trabalho e à pressão do tempo. Estes autores associam as exigências no trabalho a aspectos físicos, psicológicos, sociais e organizacionais do trabalho que requerem um sustentado esforço físico e/ou psicológico, como a sobrecarga de papéis e as exigências emocionais nas interações com os outros. As pessoas percebem de modo diferente as exigências da sua actividade profissional e a capacidade de lidar com essas exigências. Cada profissão tem exigências específicas, assentes em factores diversos, nomeadamente nas características do trabalho e no ambiente laboral em que o trabalhador se integra.

## CONTROLO/AUTONOMIA NO TRABALHO

A autonomia pode ser definida como a capacidade que a pessoa tem para se governar a si mesma, ou de se reger por leis próprias ou, ainda, a condição pela qual pretende escolher as leis que a regem, podendo ser entendida como sinónimo de autodeterminação e de liberdade. Para Ferreira e Ferreira (2001) existem dois tipos de autonomia: emocional e instrumental. A autonomia emocional pressupõe a ausência da necessidade constante de segurança, afecto ou aprovação, emancipação em relação aos pais, redução da dependência em relação aos pares e modificação das relações com as regras institucionais. Por outro lado, a autonomia instrumental pressupõe a capacidade de executar actividades por iniciativa própria e ser auto-suficiente na resolução de problemas.

Charlesworth (1996) introduz a perspectiva social para a autonomia do indivíduo, podendo conduzir à própria noção de cidadania. A autonomia significa ter em consideração os factores relevantes para se agir da melhor forma para todos. O indivíduo autónomo é aquele que é capaz de deliberar sobre seus objectivos e planos pessoais, e de agir na direcção dessa deliberação, em conformidade com as suas opiniões e escolhas, excepto se essas forem prejudiciais para outras pessoas. Segundo Castoriadis (1999), a autonomia implica um processo consciente para as escolhas pessoais e tomadas de decisão.

As formas de autonomia material, psicológica, sociocultural e política encontram-se inter-relacionadas. Assim não podemos separar a autonomia exigida e desenvolvida no mundo do trabalho das condições gerais de vida do indivíduo. Para Morgeson e Humphrey (2006) a autonomia

tem sido uma das características do trabalho mais estudadas nas abordagens sobre o trabalho, consistindo no grau de liberdade, independência e discernimento do trabalhador, que a organização permite para o desempenho das tarefas, do plano de trabalho, da tomada de decisão e da escolha de métodos.

Para Hackman e Oldham (1975) a autonomia no trabalho constitui o meio de tomada de atitudes e de promover a motivação dos trabalhadores. Hackman e Oldham (1980), definem autonomia no trabalho, como o grau de liberdade, independência, e descrição do trabalhador, na organização do trabalho e na determinação dos processos a ser usados na sua actividade. Acrescentam que a autonomia promove a responsabilidade do trabalhador e a aceitação dessa responsabilidade. Ryan e Deci (2004) e Van Horn e cols. (2004) sublinham que a autonomia constitui a liberdade do trabalhador para tomar as suas próprias decisões no trabalho, com a possibilidade de controlar o seu método de trabalho ou a ordem pela qual um trabalho tem de ser executado.

A autonomia pode ser considerada como a autodeterminação para conviver com os riscos, incertezas e conflitos, como a forma de tomar decisões e de lidar com o conhecimento em função das necessidades pessoais e colectivas, na abrangência de toda a vida social, envolvendo a política, a cultura e o trabalho. O trabalhador autónomo será o cidadão efectivamente participativo, para viver, criticar e propor alternativas, numa cultura para o conhecimento, comunicação e informação, promovendo a construção de uma sociedade autónoma e reflexiva.

A autonomia é, em sentido literal, o direito ou capacidade de um indivíduo ou grupo têm de controlar vários aspetos do seu trabalho. A capacidade de reflexão, de avaliação e de decisão significam o alcance de uma maturidade profissional e justificam a partilha de responsabilidades entre os diferentes indivíduos do mesmo sistema. A comunicação deve ser primordial para a eficiência de um sistema (Dellanque & Antonello 2002). Segundo uma revisão sistemática realizada por Lopopolo (2002), muita da evidência disponível sugere que a autonomia no trabalho é muito importante para os trabalhadores. Os empregados com autonomia na vida profissional estão mais propensos a estar satisfeitos com a sua profissão, família e vida em geral, não pensam mudar de emprego e estão menos vulneráveis ao stress e ao conflito tanto o trabalho como na vida profissional.

## **BEM-ESTAR NO TRABALHO**

Da origem etimológica, a palavra trabalho deriva do latim de "tripalium", que significa instrumento de tortura. Como refere Lhuillier (2005) neste sentido antigo, trabalho está associado à ideia de sofrimento. De acordo com Giddens (1997), podemos definir o trabalho como a realização de tarefas que envolvem o dispêndio de esforço mental e físico, com o objectivo de produzir bens e serviços para satisfazer necessidades humanas. Para Mcdaid, Curran e Knapp (2005), o trabalho desempenha um papel vital na nossa vida. Constitui a oportunidade de obter salário, contribuindo assim para uma maior segurança financeira e aumentando as oportunidades de adquirir bens materiais. O trabalho é toda a atividade humana que transforma a natureza, com a finalidade de produzir bens e serviços, em troca de um pagamento ou recompensa, constituindo fonte de riqueza e desenvolvimento dos países.

Em sentido amplo, pode caracterizar-se o trabalho sob o ponto de vista da relação social, da relação salarial ou da actividade de produção social ou intelectual. Ao trabalho são atribuídos diversos significados, por comportar vários sentidos, desde a subsistência, ao sentido existencial, à estruturação da personalidade, à identidade do indivíduo, ao reconhecimento social, ocupando também um papel central na organização da sociedade.

Para Chambel (2005), Danna e Griffin (1999) as experiências no trabalho afectam o indivíduo, com implicações na sua saúde e bem-estar, que podem ter consequências tanto para o trabalhador quanto para a organização. As consequências individuais têm implicação directa nos aspectos fisiológicos, psicológicos e comportamentais, enquanto as organizacionais estão relacionadas com absentismo, custos com seguro-saúde e produtividade, que são aspectos que afectam mais directamente as organizações. Danna e Griffin (1999) acrescentam que as experiências vividas no trabalho, de natureza física, emocional, mental ou social, afectam as pessoas tanto no seu ambiente laboral como noutros domínios da sua vida, nomeadamente na família e noutros ambientes da sua existência. A vida pessoal e a vida no trabalho não são entidades separadas, ao contrário, são domínios interrelacionados, que têm efeitos recíprocos. A forma como os indivíduos se sentem no trabalho encontra-se muito relacionada com a forma como se sentem na vida.

Para Siqueira e Padovan (2008), o conceito de bem-estar no trabalho é constituído por três componentes: satisfação no trabalho, envolvimento com o trabalho e comprometimento



organizacional afetivo. Esses três conceitos, já consolidados no campo da Psicologia Organizacional e do Trabalho, representam vínculos positivos com o trabalho (satisfação e envolvimento) e com a organização (comprometimento afetivo). O conceito de satisfação no trabalho irá ser explicado abaixo. O envolvimento com trabalho constitui o grau em que o desempenho de uma pessoa no trabalho afecta sua auto-estima. O comprometimento organizacional afectivo traduz-se no estado em que um indivíduo se identifica com uma organização particular e com os seus objectivos.

Van Horn et al. (2004) propõem uma estrutura do bem-estar no trabalho (BET) baseada no bem-estar psicológico, partindo do pressuposto de que o BET consiste na avaliação positiva das várias características do trabalho e inclui aspectos afectivos, motivacionais, comportamentais, cognitivos e psicossomáticos. Warr (2003) define BET em termos unicamente afectivos (humores e emoções).

Para Harter et al. (2002) BET é do interesse das comunidades e organizações. A competência no local de trabalho prevenindo a doença mental e promovendo o bem-estar é compatível com a missão da saúde pública (OMS). O BET constitui um nível ideal para o trabalhador e para a organização, o que tem motivado vários autores a procurar modelos que o expliquem.

No estudo considera-se três dimensões do bem-estar: bem-estar (conforto, entusiasmo); satisfação; mal-estar (ansiedade, depressão).

## **SATISFAÇÃO NO TRABALHO**

A satisfação no trabalho caracteriza-se pelo estado emocional positivo ou de prazer, resultante de um trabalho ou de experiências de trabalho. Segundo Glatzer (1987), a satisfação pode ser expressa em diferentes níveis, satisfação com a vida em geral e satisfações em domínio específicos da vida, como no trabalho. A satisfação com a vida pode ser entendida como a avaliação global que a pessoa faz da sua vida, nas suas várias dimensões, analisando os aspectos que pesam para a felicidade ou para a infelicidade. Para Keyes e cols. (2002) a satisfação com a vida é o julgamento que o indivíduo faz sobre a sua vida e que reflecte o quanto se percebe distante ou próximo das suas aspirações. Mckennell (1978) estabelece a diferenciação entre a satisfação associada a crescentes expectativas que reflecte o objectivo atingido e a decrescentes expectativas pela aceitação da sua

impossibilidade, respectivamente como a satisfação da vitória, do sucesso, ou como a satisfação da resignação, da acomodação a uma realidade.

A satisfação no trabalho é um fenómeno complexo, por se tratar de um estado subjectivo, podendo variar de pessoa para pessoa, ao longo do tempo, de circunstância para circunstância, estando sujeita a influências de forças internas e externas no ambiente de trabalho. Para Alcobia (2001) a satisfação no trabalho tem sido categorizada de acordo com perspectivas distintas, uma que a considera como estado emocional, sentimentos ou respostas afectivas. O afecto refere-se às preferências, avaliações, estados de ânimo e emoções, em que as emoções são uma forma de afecto mais completa. Outra perspectiva considera a satisfação como uma atitude generalizada em relação ao trabalho, no âmbito das atitudes no trabalho, traduzindo a componente afectiva e emocional das experiências individuais ou das crenças, em termos de avaliações em relação ao trabalho. Locke (1976, citado por Cunha et al. 2006) caracteriza a satisfação como a resposta afectiva ao trabalho na medida em que o trabalho realizado apresenta a capacidade de facilitar ou permitir a realização dos objectivos e valores pessoais. A satisfação no trabalho é definida como um estado de prazer ou de emoções positivas resultantes de avaliações de um trabalho ou de experiências de trabalho. A satisfação no trabalho exerce influência sobre o estado emocional do indivíduo, manifestando-se na forma de alegria decorrente da satisfação ou na forma de sofrimento decorrente da insatisfação (Locke, 1969, 1976, 1984).

Para Parker et al. (1997) e Warr (1994) a satisfação com aspectos psicossociais do trabalho é vista como um dos componentes da felicidade no trabalho e tem sido operacionalizada como um dos aspectos representativos de bem-estar do trabalhador (BET). Assim a satisfação no trabalho torna-se um conceito importante para a compreensão da satisfação pessoal e do BET, dado que o BET integra as satisfações das várias dimensões da vida do indivíduo.

Mais recentemente, satisfação no trabalho, embora persistam controvérsias quanto à sua natureza cognitiva ou afetiva, tem sido apontada como um vínculo afetivo positivo com o trabalho, e têm sido definidas como aspetos específicos deste vínculo as satisfações que se obtêm nos relacionamentos com as chefias e com os colegas de trabalho, as satisfações advindas do salário pago pela empresa, das oportunidades de promoção oferecidas pela política de gestão da empresa/instituição e, finalmente, das satisfações com as tarefas realizadas. Portanto, o conceito de

satisfação evoluiu para uma concepção multidimensional, que envolve avaliações prazerosas de domínios específicos no ambiente de trabalho (Siqueira & Padovam, 2008).

Segundo Martins (2005) a satisfação profissional dos fisioterapeutas tem repercussão no nível da sua realização profissional, qualidade dos cuidados prestados e produtividade. É importante em qualquer profissão saber até que ponto os indivíduos que a desempenham estão satisfeitos. Um ano depois (2006), o mesmo autor refere que o grau de satisfação no trabalho resulta da avaliação periódica que cada um de nós faz instantânea e espiritualmente, o grau de realização dos seus valores, necessidades, preferências e expectativas profissionais.

Gonçalves (1999) citado por Souza-guerra (2003) referiu. a temática da satisfação no trabalho que tem vindo a ser desenvolvida ao longo do último século, foi iniciada na escola das Relações humanas de Elton Mayor no século trinta. Após a realização da experiência de Hawthorne, foi concluído que a produtividade melhorava com a atenção dispensada aos trabalhadores, ou seja, para um trabalhador se sentir satisfeito, este tinha de desenvolver boas relações interpessoais no trabalho, identificar-se com os objetivos e sentir que estes estão em consonância com os objetivos da gestão.

Os trabalhadores que se encontram mais satisfeitos no emprego apresentam níveis de ansiedade, tensão e stress mais baixos e consequentemente níveis mais baixos de fadiga, cefaleias, colesterol e doenças cardíacas, resultando isso numa maior esperança de vida (Robbins, 1990; citado por Martins, 2005).

Segundo Souza Guerra (2003), existe também uma relação positiva entre a qualidade e produtividade. O argumento para essa relação positiva foi descrita por Deming (1982, citado por Souza-Guerra, 2003), que se baseou na falta de qualidade para justificar a baixa produtividade, a repetição de trabalho e o refugo. O mesmo autor conclui que a melhoria da qualidade, transforma perda de horas de trabalho de pessoas e equipamentos, em produção de bons produtos e melhor serviço.

Após a revisão da literatura sobre os aspectos relacionados com as exigências, controlo/autonomia e bem estar e satisfação, passamos a abordar o modelo de Karasek que se baseia na relação existente entre as exigências das tarefas e o controlo no trabalho e o seu impacto a

diversos níveis entre os quais no bem-estar e satisfação profissional.

## **RELAÇÃO ENTRE EXIGÊNCIAS E CONTROLO NO TRABALHO: MODELO DE KARASEK**

O modelo das Exigências e do Controlo (JD-C) de Karasek é um modelo vastamente reconhecido na literatura do stress profissional (Sonnetag & Freese, 2003), quer pela sua simplicidade quer pela sua capacidade de abrangência de diversas áreas do ambiente psicossocial de trabalho (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990 citados por Turner, Chiel & Walls, 2005).

Este modelo é um modelo teórico bidimensional que relaciona dois aspectos, a exigência e o controlo no trabalho. Este modelo tem como objectivo analisar as características do ambiente de trabalho e verificar em que medida essas situações afectam o trabalhador. Conforme Chambel (2005) no modelo de Karasek podemos distinguir dois eixos, um do nível de actividade, que varia entre activo e passivo e o outro de tensão (strain), que varia entre alta e baixa, sendo que a dimensão da actividade não produz grandes efeitos na saúde, enquanto que a tensão pode gerar efeitos negativos na saúde física e mental.

Relativamente ao conceito de controlo, a sua conceptualização original combinava duas medidas: a autonomia e a skill description. Mais recentemente, vários autores têm evidenciado não só questões teóricas, como também empíricas que apontam no sentido de que estes dois conceitos devem ser vistos como distintos (Schreurs & Taris, 1998; Karasek & Theorell, 1990, 1990 citados por Castanheira, 2009). Um olhar mais crítico para a definição das duas componentes, permite-nos concluir que o skill discretion envolve aspetos que dizem respeito à oportunidade de aprender novas coisas e desenvolver capacidades, à variedade das competências utilizadas e à natureza não repetitiva do trabalho, o que a torna muito semelhante à definição de Hackman e Oldham de variedade de competências (1976, cit. por Jones & Fletcher, 2003). Por outro lado, a autonomia, definida como o grau em que os indivíduos têm a possibilidade de controlar as suas tarefas e decidir como o seu trabalho é feito (Karasek, Brisson, Kawakami, Houtman, Bongers, & Amick, 1990, 1998, citados por Castanheira, 2009) tem sido aceite pelos investigadores como uma medida mais próxima do conceito de controlo do modelo de Karasek.

Realizada esta clarificação inicial sobre a evolução e abrangência de conceitos de exigências e controlo, importa agora referir de que forma as suas diferentes combinações caracterizam, de acordo com o modelo das exigências e do controlo, diferentes tipos de trabalho: ativos ou passivos, com alto ou baixa tensão.

O Modelo de Karasek (1979) distingue quatro tipos básicos de experiências no trabalho, geradas pela interacção dos níveis de exigência psicológica e de controlo: trabalho alta tensão, com alta exigência e baixo controlo; o trabalho activo com alta exigência e alto controlo, o trabalho passivo, com baixa exigência e baixo controlo e o trabalho baixa tensão com baixa exigência e alto controlo, conforme se pode observar na Figura 1. A latitude e decisão é também um conceito incluído neste modelo e tem a ver com o que é esperado do trabalhador ou seja, o que a organização do trabalho proporciona dando ou não ao trabalhador os meios de decisão para responder ao que lhe é pedido. O que se pensa é que a maioria das reacções psicológicas adversas, tais como a fadiga, a ansiedade, a depressão e a doença física, ocorrem quando a exigência do trabalho é alta e o grau de controlo do trabalhador sobre o trabalho é baixo.

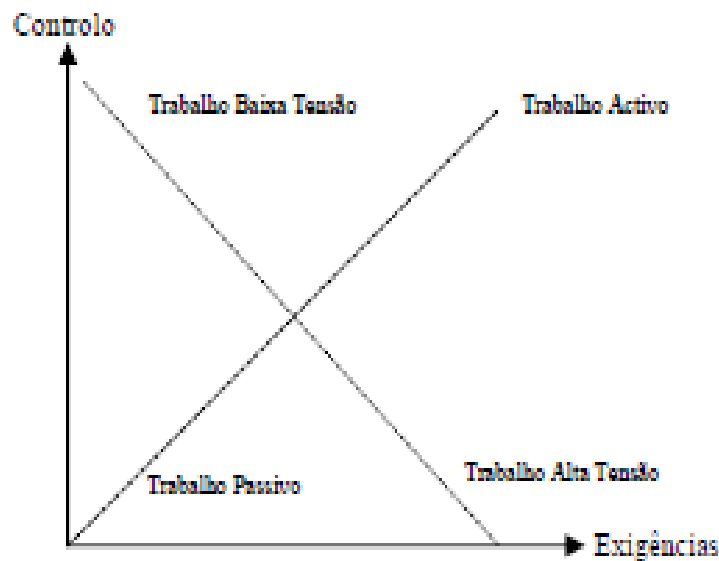


Figura 1: Modelo de Karasek de Exigências e Controlo do Trabalho (Karasek, 1979)

Desde o início do seu estudo e desenvolvimento, este modelo tem sido alvo de algumas reestruturações no sentido de, por um lado, clarificar alguns conceitos e, por outro, atualizar as suas dimensões de forma a acompanharem as evoluções do mundo do trabalho. Especificamente no que respeita às exigências, vários autores têm argumentado que o contexto organizacional sofreu mudanças radicais que em muito o afastaram de uma sociedade mais industrial em que predominavam as exigências quantitativas e temporais (Mikkelsen, Ogaard & Landsbergis, 2005). Estes autores defendem que a concetualização original das exigências está muito relacionada com o cenário industrial que dominava a época e que não abrange as “novas” exigências cognitivas e emocionais provocadas pela evolução dos ambientes de trabalho. Assim, vários estudos têm reunido evidências empíricas sobre a vantagem de serem incorporadas, neste modelo, novas exigências específicas de cada função, mantendo-o, assim, atualizado e relevante para o estudo do stress profissional contemporâneo.

Em 1990 Karasek e Theorell surgiu uma nova representação deste modelo (Figura 2) representada numa figura quadrangular, na qual, cada quadrante representa associações entre os níveis das exigências e os graus de controlo. A avaliação simultânea de níveis de controlo e de exigência, condiciona situações de trabalho específicas: trabalho de alta tensão, combinando alta exigência e baixo controlo, configuram condição de trabalho geradora de desgaste psicológico elevado; trabalho activo, combinando alta exigência e alto controlo, situação considerada como potencialmente desafiadora e capaz de propiciar o desenvolvimento das potencialidades dos trabalhadores; trabalho passivo, combinando baixa exigência e baixo controlo configuram situações desanimadoras, geradoras de tédio e de desinteresse; trabalho de baixa tensão: combinando baixa exigência e alto controlo, situação em que haveria pouco desgaste para o trabalhador, uma vez que ele tem as melhores condições para planear e para executar seu trabalho. Esquemáticamente, na Figura 2, o sentido das setas diagonais, indica a repercussão que a combinação entre exposição a diferentes níveis de exigência e controlo acarreta nos indivíduos.

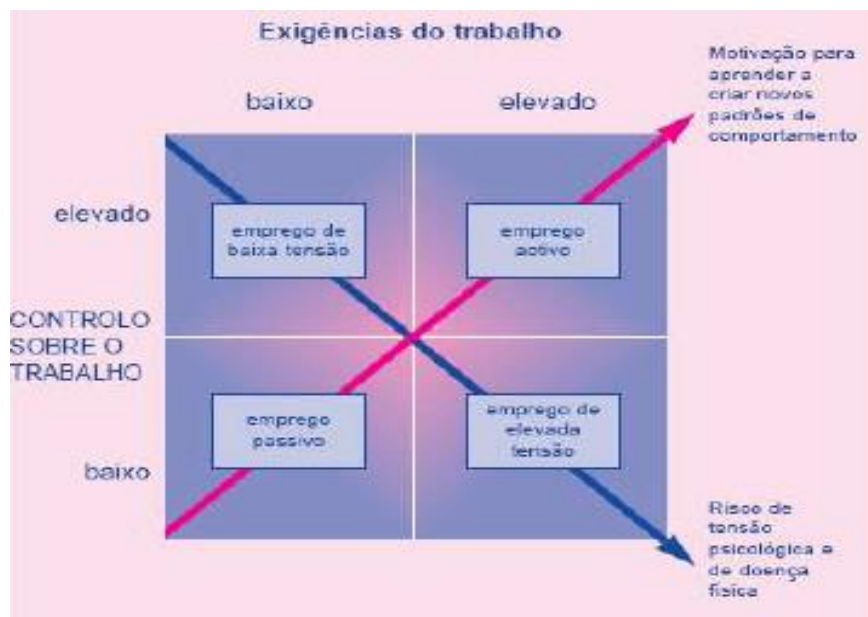


Figura 2: Modelo de Exigências e Controle no Trabalho reformulado (Karasek & Theorell, 1990)

Segundo Karasek e Theorell (1990) e Van Der Doef e Maes (1999), pessoas expostas a trabalhos com alta exigência e baixo controle, considerados de alto desgaste, apresentam as reações mais adversas de desgaste psicológico, tais como fadiga, ansiedade, depressão e enfermidade física, quando estão expostas de maneira contínua a esse estado. Os trabalhos considerados passivos são aqueles com baixa exigência e baixo controle, e produzem uma diminuição gradual da aprendizagem de habilidades, seja pela ausência de desafios e de permissão para actuações, seja pelo impedimento à possibilidade de iniciativas no trabalho, sendo considerada a segunda exposição mais problemática para a saúde. Os trabalhos considerados activos são aqueles que possuem altas exigências e alto controle, mas que permitem ao trabalhador ter uma ampla possibilidade de decisão sobre como e quando desenvolver as suas tarefas, bem como usar toda a sua potencialidade intelectual, podendo prognosticar estados psicológicos benéficos, como a aprendizagem e o crescimento, e consequente alta produtividade. Os trabalhos considerados como sendo de baixo desgaste, são aqueles que possuem poucas exigências psicológicas e muito controle por quem o executa, configurando um estado altamente desejável e ideal.

Johnson e Hall (1988), incluíram no modelo Karasek, uma outra dimensão psicológica, a percepção do suporte social no ambiente de trabalho, proveniente das interações sociais disponíveis no trabalho entre colegas e chefes, criando um modelo tri-dimensional, o modelo Exigência-Controlo-Suporte, em que os quatro tipos de situações de trabalho da versão de Karasek, são mediados também pelo suporte social no trabalho em nível alto e baixo. Referem-se ao termo iso-desgaste (isostrain), para designar a experiência conjunta de altas exigências, de baixo controlo e de baixo suporte social no trabalho.

Conforme Karasek e Theorell (1990) no suporte social seria considerado o apoio sócio emocional, medido pelo grau de integração social, emocional e confiança entre colaboradores, supervisores e outros e o apoio instrumental, referido aos recursos extras ou assistência nas tarefas de trabalho, prestados por colaboradores e supervisores. Karasek e Theorell (1990) e Van Der Doef e Maes (1999) prevêem que as reacções mais adversas do esforço psicológico ocorrem quando as exigências psicológicas são elevadas, o controlo dos trabalhadores e o suporte social no trabalho são baixos, pressupondo um emprego desmotivante, uma aprendizagem negativa ou perda gradual de habilidades adquiridas. As situações mais favoráveis à saúde e bem-estar no trabalho envolvem o trabalho activo, sob grande exigência, grande controlo e com elevado suporte social, que proporciona motivação, novas aprendizagens e desenvolvimento de padrões de coping.

Importa ainda clarificar um aspeto que, apesar de aparentemente simples, tem gerado uma elevada discussão: Quando é que se considera que a hipótese tensão do modelo é suportada, ou seja, que tipo de evidências empíricas são necessárias para a sua validação (De Lange, Taris, Kompier, Houtman, & Bongers, 2003). Se, por um lado, o modelo é claro quando estipula os efeitos diretos das exigências e do controlo sobre as tensões, este é muito menos preciso no que diz respeito à definição de “efeito combinado” das exigências e do controlo. As várias revisões e estudos sobre o modelo têm demonstrado que este efeito interativo, em que se prevê que o controlo possa ter um poder protetor (buffer) do efeito negativo das exigências nas tensões tem gerado bastante controvérsia.

Para alguns autores, a questão da validação do modelo JD-C carece da comprovação, quer dos efeitos aditivos (efeitos diretos), quer dos efeitos de interação, visto que, apesar de não se tratarem de duas hipóteses mutuamente exclusivas, as suas implicações práticas diferem. Por outro lado, mais recentemente, outros autores (De Lange et al., 2003; Taris, 2006) têm vindo a defender



que os efeitos aditivos são suficientes para a validação do modelo, perspectiva que parece ser apoiada pelo próprio Karasek (1989, citado por Castanheira, 2009) que refere que “... a forma exata da interação não é a questão central, visto que a principal interação defendida pelo modelo é a de que dois tipos de resultados (strain e aprendizagem) são conjuntamente preditos por duas combinações diferentes de exigências e controlo”. Vários autores têm vindo a demonstrar que, para além de ser pouco preciso, este efeito de interação tem recebido pouco suporte empírico.

Numa recente revisão de literatura, Taris (2006) verificou que só 9 em 90 estudos do modelo JD-C reuniram evidências claras para o efeito de interação entre as exigências e o controlo à previsão das tensões. A falta de uma definição teórica consistente acerca deste efeito conjunto das exigências e do controlo, associado à dificuldade em suportá-lo empiricamente, tem levado alguns autores a definir o termo de interação do modelo JD-C como um “mito urbano” (Taris, 2006) ou um “fenómeno inconstante” (Schreurs & Taris, 1998 citados por Turner et al , 2005).

De um modo geral, os estudos têm reunido evidências empíricas que demonstram o efeito direto das exigências, quantitativas e emocionais, e da autonomia no trabalho para o aparecimento de tensões. Deste modo, enquadrar o estudo da satisfação e bem-estar no trabalho no modelo JD-C implica considerá-lo como uma resposta às exigências e à autonomia na realização do trabalho. O que habitualmente caracteriza as situações de elevadas exigências e baixa autonomia, é o facto de, a um aumento das exigências, não ter estado associado um aumento da capacidade de tomar decisões e gerir o trabalho. Desta forma, a única opção do trabalhador para lidar com as exigências é aumentar o seu esforço para continuar a responder às mesmas. Este quadro leva não só a de um estado de elevada ativação (arousal), mas também a uma sensação de desânimo (hopeless) e de não ter outras alternativas para fazer face às exigências. Se este panorama se torna característico daquele trabalho, então, os estados de elevada ativação serão constantes e crónicos, conduzindo à exaustão; e os estados de desânimo, em conjunto com a perda dos recursos energéticos, conduzirão a mecanismos defensivos de afastamento (withdrawal), levando ao cinismo (Karasek & Theorell, 1990; Maslach, 1993, citados por Castanheira, 2009). Esse é um dos resultados que se pretende evitar dentro de uma organização uma vez que vai impedir a satisfação plena e bem-estar na profissão afetando consequentemente a produtividade, eficácia, eficiência, ou seja toda a performance do trabalhador, afetando de forma direta a empresa ou o serviço.

## **CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES**

A recolha de dados para o desenvolvimento deste estudo deu-se no Centro Hospitalar de Lisboa Central que apesar de incluir atualmente apenas quatro hospitais no momento da recolha este integrava seis unidades hospitalares sendo estas: o Hospital Curry Cabral, Hospital São José, Maternidade Alfredo da Costa, Hospital Santo António dos Capuchos, Hospital Santa Marta e o Hospital Dona Estefânia.

### **HOSPITAL CURRY CABRAL**

O Hospital de Curry Cabral tem sofrido transformações profundas na sua estrutura, organização e funcionamento, nos últimos 15 anos. A desintegração dos Hospitais Cíveis de Lisboa abriu espaço a um desenvolvimento autónomo das unidades que compunham o Grupo, e também o Hospital Curry Cabral, que por razões históricas e conjunturais, assumiu um caminho muito próprio e claramente separado dos restantes hospitais.

Embora vocacionado, originariamente, para as chamadas doenças infecto-contagiosas, o HCC é hoje uma unidade polivalente, que dispõe de um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, e apresenta níveis de diferenciação e qualidade de referência a nível nacional, designadamente: na Transplantação Hepática, na área da Infeciologia, na Nefrologia, na Ortopedia, na Urologia, na Dermatologia, na Endocrinologia, nos Serviços de Medicina Interna, na área da Cardiologia Ambulatória /Unidade de Intervenção Vascular, na Medicina Física e Reabilitação e nos Cuidados Intensivos.

### **HOSPITAL SÃO JOSÉ**

O Hospital Real de Todos os Santos, hoje designado por Hospital de São José, foi criado por D. João II. A construção do edifício teve início em 1492, ficando concluída apenas no reinado de D. Manuel. A sua edificação foi feita em terrenos da cerca do convento de São Domingos de Lisboa, os quais correspondem à atual Praça da Figueira. No século XIX, a necessidade de expansão motivada pelas epidemias, o aparecimento de novas doenças, o avanço da medicina, levou à anexação de vários edifícios, alguns deles monásticos, vagos com a extinção das ordens religiosas, passando a instituição a chamar-se Hospital Real de São José e Anexos.

Atualmente o Hospital S. José abrange seis Centros de Saúde da região de Lisboa, tendo disponíveis diversas especialidades nomeadamente: anestesiologia, cirurgia Geral, cirurgia Maxilo-Facial, cirurgia plástica reconstrutiva e estética, estomatologia, imunohemoterapia, medicina física e reabilitação, medicina interna, neurocirurgia, neurologia, neurorradiologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, ortopedia, urologia, neuropsicologia, psicoterapia, psicologia e medicina paliativa.

## MATERNIDADE ALFREDO DA COSTA

A inauguração da Maternidade de Lisboa deu-se em 1932, à qual se deu o nome do Dr. Alfredo da Costa, homem que lutou muito para a concretização deste espaço. A lotação inicial da Maternidade era de 300 camas, 250 das quais destinadas a Obstetrícia e 50 a Ginecologia. Na altura, já era considerada um marco de qualidade na prestação de cuidados obstétricos e neonatais em Portugal, no entanto, o seu papel tem ido muito mais além do que a assistência a nascimentos e tem acompanhado a evolução científica bem como adaptar-se aos novos desafios do decorrer dos tempos. A sua área de influência estende-se a algumas freguesias dos concelhos de Lisboa, Loures e Odivelas.

Actualmente, a actividade da maternidade, classificada como “Hospital Central de Agudos”, desenvolve-se nas áreas da saúde pré-natal e neonatal, pré-concepcional e ginecológica (associada e não associada à função reprodutiva). Para desenvolver esta atividade a Instituição está organizada em oito serviços clínicos (Obstetrícia; Ginecologia; Pediatria/Neonatologia; Anestesia; Patologia Clínica; Imunohemoterapia; Radiologia e Anatomia Patológica) e nove serviços de apoio.

Esta instituição tem como objetivo principal proporcionar um serviço especializado na área da saúde materno-infantil, assim como responder a uma procura crescente de cuidados de saúde nesta área.

## HOSPITAL SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS

O Hospital Santo António dos Capuchos localiza-se na Alameda Santo António dos Capuchos, na cidade de Lisboa. O Hospital está sediado no edifício do antigo Convento de Santo António dos Capuchos de 1579.. O hospital foi oficialmente criado em 1928 e possuía nove serviços clínicos, à data da sua criação. Atualmente contém 12 serviços (anestesiologia, cirurgia geral, gastroenterologia, hematologia, imagiologia, medicina física e reabilitação, medicina interna,

neurologia, neurocirurgia, neurorradiologia, oftalmologia e patologia clínica) e 4 unidades (oncologia, cuidados intensivos, AVC e unidade médico-cirúrgica de gastroenterologia).

## HOSPITAL SANTA MARTA

O Hospital de Santa Marta começou por ser o Convento de Santa Marta no Séc. XVI. em 1890 começou a funcionar ao serviço da saúde e destinava-se a acolher e tratar as vítimas de uma epidemia de gripe. Mais tarde, em 1903, passou a funcionar como hospital dependente do governo, com a finalidade de tratar doenças venéreas. No mesmo ano passou a integrar o Grupo Hospitais Cíveis de Lisboa, depois de ser considerado um anexo do Hospital de São José. Em 1910 foi atribuída oficialmente ao Hospital de Santa Marta a função de Escola Médico Cirúrgica de Lisboa. Poucos anos depois passou a denominar-se Hospital Escolar da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Desde Dezembro de 2002, O Hospital de Santa Marta integra o grupo de instituições hospitalares que transitaram para o novo modelo de gestão (sociedade anónima – S.A), mantendo-se integrado na rede pública de cuidados de saúde.

## HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA

O Hospital de Dona Estefânia, especializado no atendimento materno-infantil, encontra-se localizado em Lisboa e é uma unidade de referência em pediatria, tendo inclusivamente acreditação internacional. A sua inauguração deu-se oficialmente em 1877, no aniversário de morte de D. Estefânia. A rainha sempre demonstrou interesse pelos doentes hospitalizados manifestando o desejo de fundar um hospital pediátrico de crianças pobres e doentes, sonho esse que se realizou após a sua morte. Apesar de inicialmente se designar de Hospital de Bemposta, com o passar do tempo o povo português começou-o a designar definitivamente de Hospital D. Estefânia, como homenagem à rainha e aos seus feitos.

## **METODOLOGIA**

Neste ponto serão apresentados os principais aspectos metodológicos do estudo como os objectivos e hipóteses definidas.

### **QUESTÃO ORIENTADORA DE INVESTIGAÇÃO**

Qual a relação entre as exigências da tarefa e a autonomia sobre o trabalho dos fisioterapeutas nas condições músculo esqueléticas no bem-estar e na satisfação?

### **OBJECTIVOS**

O objectivo geral do estudo consiste em compreender de que modo a exigência da tarefa e autonomia afectam o bem-estar psicológico e satisfação dos fisioterapeutas que exercem prática clinica nas condições músculo esqueléticas.

O objectivo específico que sustenta a investigação reside na compreensão do efeito da interacção das exigências da tarefa com a autonomia dos fisioterapeutas no seu bem-estar e satisfação, usando o modelo Job-Demand Control (Karasek & Theorell, 1990).

### **HIPÓTESES**

Hipótese 1: Exigências da tarefa elevadas associadas a controlo sobre o trabalho elevado são promotoras de bem-estar.

Hipótese 2: Exigências da tarefa elevadas associadas a controlo sobre o trabalho alto são promotoras dos vários tipos de satisfação com o trabalho (Satisfação com a equipa, Coordenação e Trabalho)

Hipótese 3: Exigências da tarefa elevadas associadas a controlo sobre o trabalho baixo são promotoras de mal-estar.

## **TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo transversal correlacional não experimental (de campo), ou seja, procurar-se-á medir a interdependência entre duas ou mais variáveis em análise num único momento de avaliação.

## **VARIÁVEIS DO ESTUDO**

Este estudo tem como base o modelo Job Demand-Control (JD-C) de Karasek & Theorell (1990). Por isso as variáveis independentes são as seguintes:

- Exigência da tarefa: refere-se à sobrecarga de trabalho
- Controlo/Autonomia: refere-se à capacidade que os indivíduos têm em controlar as suas tarefas e decidir como o seu trabalho é feito.

Quanto às variáveis dependentes:

- Satisfação: refere-se ao grau de satisfação dos fisioterapeutas em relação a desenvolver as suas competências e mostrarem as suas capacidades no trabalho.
- Bem-estar: refere-se a sentimentos positivos, como por exemplo, descontração e optimismo, associados ao trabalho.

## **PARTICIPANTES**

A amostra do presente estudo foi seleccionada por conveniência contando com a participação da maioria dos fisioterapeutas na área das condições músculo esqueléticas do Centro Hospitalar de Lisboa Central (85.7%, 60/70), conforme podemos observar na tabela 1.

Tabela 1: N° de Fisioterapeutas das condições músculo esqueléticas na população e amostra seleccionada

Estabelecimento Hospitalar	N° de Fisioterapeutas (População)	N° de Fisioterapeutas (Amostra)
Maternidade Alfredo da Costa	4 fisioterapeutas (2 fisioterapeutas nas condições músculo esqueléticas)	2 fisioterapeutas
Hospital Santo António dos Capuchos	13 fisioterapeutas (12 fisioterapeutas nas condições músculo esqueléticas)	11 fisioterapeutas
Hospital S. José	21 fisioterapeutas (10 fisioterapeutas nas condições músculo esqueléticas)	8 fisioterapeutas
Hospital Santa Marta	14 fisioterapeutas (12 fisioterapeutas nas condições músculo esqueléticas)	9 fisioterapeutas
Hospital D. Estefânia	12 fisioterapeutas (10 condições músculo esqueléticas)	6 fisioterapeutas
Hospital Curry Cabral	30 fisioterapeutas (24 condições músculo esqueléticas)	24 fisioterapeutas
Total	94 (70 fisioterapeutas das condições musculo esqueléticas)	60 fisioterapeutas

Assim, o presente estudo é constituído por 60 fisioterapeutas maioritariamente do sexo feminino (n=50, 83.3%), com uma média de idades de aproximadamente 43 anos (M=42,68, DP=8.83) compreendidas entre os 27 e os 60 anos. Por fim verifica-se que desempenham funções de fisioterapia há uma média de mais ou menos 16 anos (M=16.43, DP=7.15) sendo o mínimo de anos de serviço verificado os 4 anos e o máximo os 32 anos (cf. Tabela 2).

Tabela 2: Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra

Sexo	N	%
Masculino	10	16,7
Feminino	50	83,3
Total	60	100,0
Idade (n=60)	M (DP)	Min (Max)
	42.55 (8.82)	27.00 (60.00)
Tempo de Serviço (n=60)	M (DP)	Min (Max)
	16,43 (7.15)	4.00 (32.00)

## **INSTRUMENTOS**

### **QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO E BEM-ESTAR NO TRABALHO (QISBE)**

Encontra-se validado para o português europeu, tendo já sido utilizado em Portugal (Curral, 2005). O instrumento recorre a escalas de Likert, e as respostas são avaliadas com base nessas escalas.

Este questionário é composto por itens referentes à Satisfação e Bem-Estar:

Satisfação: é medida por 15 itens, adaptados de Curral (2005). Esta escala tem um índice de confiança Alpha de Cronbach de 0.89. as respostas são dadas numa escala de 5 pontos que varia entre 1 - Discordo e 5- Concordo. É constituída por sua vez por 3 sub-escalas:

- Satisfação com a Equipa – apresenta um índice de consistência interna alpha de cronbach de .88 e apresenta 8 itens (2,3,4,7,8,9,11 e 13)
- Satisfação com a Coordenação – apresenta um valor de alpha de croncach de consistência interna de .87 e é constituída por 3 itens (1,6 e 12)
- Satisfação com o trabalho – Constituída por 4 itens (5, 10, 14 e 15) com um valor de consistência interna alpha de cronbach de .77.

Bem-Estar - adaptado de Warr por Chambel & Curral (2005), composto por 12 itens distribuídos em 2 factores. As respostas são dadas numa escala de 6 pontos que varia entre 1- Nunca e 6-Todo o Tempo.

- Bem-estar: apresenta 6 itens (4,5,6,10,11 e 12) e tem um índice de consitencia interna alpha de Cronbach de 0,92.



- **Mal-Estar:** consituída por 6 itens (1,2,3,7,8 e 9) com índice de consistência interna alpha de Cronbach de 0,90.

## ESCALA DE EXIGÊNCIAS E AUTONOMIA NO TRABALHO (EEAT)

Validada para o português europeu por Castanheira (2009). As respostas são dadas numa escala de 5 pontos que varia entre Nunca e Quase sempre. É composta por 11 itens e apresenta duas escalas:

- **Exigências de Trabalho:** é medida por 7 itens (1,2,3,4,5,6 e 7) e tem um índice de consistência interna Alpha de Cronbach de 0.86.
- **Controlo/Autonomia no Trabalho:** definida por 4 itens (8,9,10 e 11) e tem uma consistência interna de alpha de cronbach de 0.88.

## PROCEDIMENTOS

### PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Começou-se por solicitar autorização para a utilização do referido instrumento, aos autores, a qual foi obtida verbalmente.

Tentando viabilizar com sucesso a recolha de dados, nomeadamente, no que respeita à administração do questionário, fez-se um pedido formal de autorização à administração do Centro Hospitalar de Lisboa Central com objectivo de passar o instrumento de recolha de dados, bem como dar a conhecer o tipo de estudo e seus objectivos. Obteve-se a respectiva autorização (Apêndice 1).

Os questionários foram entregues e recebidos pessoalmente por todos os fisioterapeutas das condições músculo esqueléticas do Centro Hospitalar de Lisboa Central com vista a respeitar a confidencialidade das respostas e evitar extravios.

Houve necessidade de deslocação constante a alguns hospitais para poder obter um número de questionários significativo, tendo-se explicado devidamente os objectivos do estudo em questão, fornecendo as instruções de preenchimento necessárias, apelando à importância da resposta a todas as questões.

## PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados obtidos no estudo foram analisados com recurso ao programa de análise estatística de dados para ciências sociais e humanas SPSS statistics vs 20.0.

Inicialmente efectuou-se uma análise descritiva e correlacional dos resultados recorrendo a medidas de tendência central e dispersão (Média e Desvio padrão) e ao coeficiente de correlação de Pearson para estabelecer a correlação entre as variáveis. Foi também analisada a fiabilidade dos instrumentos pela análise da consistência interna dos seus itens com recurso ao alpha de cronbach. Para este efeito optou-se por considerar aceitáveis os valores de alpha iguais ou superiores a 0.6 (Pestana & Gageiro, 2005).

Após esta análise preliminar realizou-se análises de regressão linear múltipla considerando como variáveis independentes o sexo, idade, exigências da tarefa, controlo/autonomia, e interacção controlo e exigências do trabalho, sendo as variáveis dependentes o bem-estar, mal-estar, satisfação no trabalho, satisfação com a equipa e satisfação com a coordenação.

Para as análises de moderação recorreu-se a macro desenvolvida para o SPSS por Preacher & Hayes (2004), tendo-se realizado a análise com as variáveis centradas pela média conforme Maroco (2010).

## RESULTADOS

Neste ponto serão inicialmente apresentados os resultados obtidos em termos de estatística descritiva e correlacional das variáveis relevantes para os objectivos estipulados, passando posteriormente a análises de regressão múltipla de modo a testar as hipóteses levantadas.

### ANALISE DESCRITIVA/CORRELACIONAL

De acordo com a tabela 3, verifica-se que as exigências da tarefa e o controle sobre o trabalho apresentam valores médios muito próximos e um pouco elevado considerando uma escala de 1 a 5 pontos, pressupondo um equilíbrio entre as exigências do trabalho e o controle que os fisioterapeutas têm sobre o mesmo. Ao nível do bem-estar os resultados apresentam-se mais elevados que para o mal-estar. Quanto aos vários tipos de satisfação nota-se que os fisioterapeutas encontram-se mais satisfeitos com características relacionadas consigo próprios ao nível do trabalho, seguindo-se a satisfação verificada com a equipa e por fim com a supervisão do trabalho. Os valores de alpha de cronbach apresentam-se todos muito bons (Pestana & Gageiro, 2005) significando uma óptima consistência interna dos itens que correspondem a cada uma das escalas analisadas variando entre  $\alpha=0.85$  e  $\alpha=0.92$ .

Ainda conforme a mesma tabela podemos observar:

- A idade não está significativamente correlacionada com as exigências próprias do trabalho nem com o controlo sobre o mesmo. Também não existe correlação significativa nem com o bem-estar nem com o mal-estar, nem com a satisfação no trabalho, com a equipa e com a coordenação.
- A exigência das tarefas do trabalho está negativa e significativamente correlacionada com a satisfação com a equipa ( $r = -0.24$ ,  $p < .05$ ), com a coordenação ( $r = -0.32$ ,  $p < .05$ ) e com o bem-estar psicológico ( $r = -0.39$ ,  $p < .01$ ), o que significa que a maiores exigências nas tarefas correspondem menores níveis de satisfação com a equipa, coordenação e

bem-estar psicológico. Também se verifica uma correlação positiva e significativa com o mal estar psicológico ( $r= 0,47$   $p<.01$ ), sendo que este tende a aumentar em função de aumentos das exigências da tarefa.

- Quanto ao controlo sobre o trabalho exercido verifica-se uma correlação positiva e significativa com a satisfação com a equipa ( $r= 0.36$ ,  $p<0.01$ ), com o trabalho ( $r= 0.48$ ,  $p<0.01$ ) e com o bem-estar psicológico ( $r= 0.45$ ,  $p<0,01$ ), que assim se apresentam maiores consoante maiores níveis de controlo no trabalho. Nota-se também uma correlação negativa e significativa com o mal-estar psicológico ( $r= -0.25$ ,  $p<0,05$ ), que se apresenta menor quando o controlo do trabalho aumenta.
- O bem-estar psicológico encontra-se significativa e positivamente correlacionado com a satisfação com a equipa ( $r= 0.37$ ,  $p<0,01$ ), com a coordenação ( $r= 0.28$ ,  $p<0.05$ ) e com o trabalho ( $r= 0.42$ ,  $p<0.01$ ), que se apresentam maiores em função de um maior bem-estar psicológico.
- O mal-estar psicológico está negativa e significativamente correlacionado com a satisfação com o trabalho ( $r= -0.32$ ,  $p<0.05$ ), que é menor em maiores níveis de mal-estar.

*Tabela 3. Médias, desvios-padrão, alpha de cronbach e correlação das variáveis em estudo*

	Média	D.P.	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Sexo	-	-	-							
2. Idade	42.56	8.83	0.07	-						
3. Exigência da tarefa	3.28	0.67	0.10	-0.05	-					
4. Controle sobre trabalho	3.69	0.86	0.06	0.22	-0.28*	-				
5. Satisfação com equipa	3.80	0.85	0.11	0.18	-0.24*	0.36**	-			
6. Satisfação com coordenação	3.42	1.04	-0.06	0.17	-0.32*	0.20	0.31*	-		
7. Satisfação com trabalho	4.12	0.81	0.12	0.13	-0.04	0.48**	0.40*	-0.02	-	
8. Bem-estar psicológico	3.76	0.92	-0.12	0.18	-0.39**	0.45**	0.37**	0.28*	0.42**	-
9. Mal-estar psicológico	2.24	0.80	-0.02	-0.13	0.47**	-0.25*	-0.24	-0.04	-0.32*	-0.69**

\* $p<.05$ ; \*\* $p<.01$

## ESTATÍSTICA INFERENCIAL – TESTE DE HIPÓTESES

As seguintes análises permitem testar as hipóteses levantadas para o presente estudo, definidas em função do modelo de Exigências/Controlo no trabalho de Karasek (1979), tendo em consideração as várias variáveis analisadas no estudo resultado dos questionários de bem-estar e satisfação no trabalho.

Para o efeito foram realizadas análises de regressão linear múltipla, em que foi analisado o efeito individual das variáveis exigência e controlo no trabalho, assim como o seu efeito interactivo nas variáveis associadas a satisfação no trabalho e ao bem-estar. Também foram inseridas como forma de controlo as variáveis sexo e idade nos modelos de regressão definidos.

*Hipótese 1: Exigências da tarefa elevadas associadas a controlo sobre o trabalho elevado são promotoras de bem-estar.*

Na tabela 4, estão expostos os resultados dos modelos de regressão múltipla relativos a relação com o bem-estar psicológico.

Dos resultados obtidos nota-se que existe efeito significativo da exigência da tarefa ( $b = -0.41$ ,  $p < 0.05$ ) e do controlo sobre o bem-estar ( $b = 0.39$ ,  $p < 0.05$ ), significando que se prevê uma diminuição de 0.41 pontos na média do bem-estar devido às exigências da tarefa e um aumento de 0.39 devido ao controlo existente sobre o trabalho. Não existe contudo efeito interactivo entre as variáveis controlo e exigências no trabalho ( $b = -0.05$ ,  $p > 0.05$ ), nem do sexo ( $b = -0.32$ ,  $p > 0.05$ ) e da idade ( $b = 0.00$ ,  $p > 0.05$ ). O modelo de regressão é significativo ( $F = 4.13$ ,  $p = 0.00$ ), explicando 31% ( $r^2_{aj} = 0.31$ ) do bem-estar psicológico.

Perante estes resultados não é possível confirmar a hipótese levantada de um provável efeito moderado positivo da variável controlo do trabalho sobre a relação entre as exigências do trabalho e o bem-estar psicológico.

Tabela 4. Regressão linear das exigências e controle sobre o bem-estar psicológico

Variáveis	Bem-estar psicológico	
	B	Ep
Constante	3.79**	0.69
Sexo	-0.32	0.31
Idade	0.00	0.01
Exigência da tarefa	-0.41*	0.19
Controle sobre trabalho	0.39*	0.17
Controle do trabalho *Exigência da tarefa	-0.05	0.18
R <sup>2</sup> Aj.	0.31**	

\*p<.05; \*\*p<.01; ep = erro padrão

*Hipótese 2: Exigências da tarefa elevadas associadas a controlo sobre o trabalho alto são promotoras dos vários tipos de satisfação com o trabalho (Satisfação com a equipa, Coordenação e trabalho)*

Na tabela 5, podemos verificar que o modelo se apresenta significativo ( $F=2.33$ ,  $p=0.05$ ) explicando em apenas 18% a satisfação com a equipa. Porém apenas o controlo sobre o trabalho apresenta uma efeito preditivo estatisticamente significativo ( $b= 0.30$ ,  $p<0.05$ ), sendo que neste caso o aumento de uma unidade do controlo sobre a tarefa implica um aumento de 0.30 na média da satisfação com a equipa. Não existe efeito interactivo significativo entre o controle do trabalho e as respectivas exigências no trabalho.

Quanto à satisfação com a coordenação o modelo de regressão obtido, este apresenta-se significativo ( $F=0.16$ ,  $p=0.07$ ) explicando 17% ( $r^2=0.17$ ) da mesma. Porém apenas as exigências na tarefa apresentam um efeito significativo na satisfação com a coordenação ( $b= -0.42$ ,  $p=0.04$ )

apontando para uma diminuição de 0.42 pontos na satisfação por aumentos unitários da exigência das tarefas de trabalho.

Não se verifica efeito interactivo entre o controle do trabalho e as exigências, sendo que o controle não se apresenta com um moderador significativo da relação entre as exigências e a satisfação com a coordenação.

Por fim o modelo de regressão relativo a satisfação no trabalho apresenta-se também significativo ( $F=3.55$ ,  $p=0.00$ ), explicando no seu total 24% ( $r^2=0.24$ ) da variação da satisfação. Contudo neste caso nota-se que apenas o controle sobre o trabalho apresenta um efeito estatisticamente significativo ( $b= 0.47, p=0.00$ ), o aumento de uma unidade no controlo sobre o trabalho resulta no aumento 0.47 unidades na satisfação no trabalho.

*Tabela 5: Regressão linear das exigências e controle sobre a satisfação*

	Satisfação com Equipa		Satisfação com Coordenação		Satisfação com o trabalho	
	B	Ep	$\beta$	Ep	$\beta$	Ep
Constante	3.27**	0.56	2.71**	0.83	3.96**	0.60
Sexo	0.24	0.27	-0.16	0.36	0.18	0.30
Idade	0.00	0.01	0.02	0.02	0.00	0.01
Exigência da tarefa	-0.24	0.21	-0.42*	0.19	0.08	0.17
Controle sobre trabalho	0.30*	0.15	0.06	0.21	0.47**	0.12
Controlo do trabalho*Exigência da Tarefa	-0.08	0.30	0.26	0.19	-0.05	0.12
R <sup>2</sup> Aj.	0.18*		0.17*		0.24**	

\* $p<0.05$ ; \*\* $p<0.01$ ; ep = erro padrão

Tendo em conta a análise anterior, também não foi possível confirmar a hipótese levantada previamente.

*Hipótese 3: Exigências da tarefa elevadas associadas a controlo sobre o trabalho baixo são promotoras de mal-estar.*

Em relação ao mal-estar psicológico na tabela 6 o modelo apresentado explica 25 % do mesmo ( $R^2_{aj}=0.25$ ), apresentando-se significativo ( $F=3.84$ ,  $p=0.05$ ).

Neste caso, a interação entre o controle do trabalho e as exigências das tarefas não se apresenta significativa, o que não permite confirmar a hipótese apresentada (cf. Tabela 5).

Porem notamos um efeito positivo das exigências da tarefa no mal estar psicológico ( $b=0.64$ ,  $p<=0.05$ ), o que significa que a um aumento de um ponto das exigências da tarefa é previsível um aumento de 0.64 pontos no resultado médio do mal-estar.

*Tabela 6. Regressão linear das exigências e controle sobre o mal-estar psicológico*

Variáveis	Mal-estar psicológico	
	B	Ep
Constante	3.15	0.95
Sexo	-0.12	0.42
Idade	0.00	0.02
Exigência da tarefa	0.64*	0.27
Controle sobre trabalho	-0.12	0.16
Controle do trabalho *Exigência da tarefa	0.05	0.26
R <sup>2</sup> Aj.	0.25**	



## DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados do presente estudo, segue-se a discussão considerando a revisão teórica efectuada.

Resumidamente pode-se constatar que os fisioterapeutas apresentam bons índices de bem-estar e satisfação no trabalho. Também se constata que os mesmos índices não se encontram associados ao sexo e idade.

Quanto à relação entre bem-estar e satisfação com a equipa de trabalho e com o trabalho esta apresenta-se positiva revelando que uma maior satisfação com a equipa e também com o trabalho corresponde a um maior nível de bem-estar. Por outro lado verifica-se apenas uma relação negativa do mal-estar com a satisfação com o trabalho, o que significa que uma maior satisfação por parte do fisioterapeuta com o seu trabalho está associada a níveis mais baixos de mal-estar.

Estes resultados mais descritivos, parecem confirmar alguns pressupostos teóricos, que associam a satisfação e qualidade no trabalho a uma melhor realização profissional, qualidade dos cuidados prestados e produtividade (Martins, 2005, 2006) e também menores níveis de ansiedade, tensão e stress e consequentemente níveis mais baixos de fadiga, cefaleias, colesterol e doenças cardíacas (Robbins, 1990; citado por Martins, 2005). Também estão relacionados com os resultados dos estudos de Parker et al. (1997) e Warr (1994) que consideram que a satisfação com aspectos psicossociais do trabalho é uma das componentes da felicidade no trabalho e tem sido operacionalizada como um dos aspectos representativos de bem-estar do trabalhador (BET).

Um dos principais objectivos do trabalho apresentado era analisar a relação existente entre as exigências da tarefa e o controlo sobre o trabalho no bem-estar e satisfação no trabalho. Da análise correlacional realizada os resultados revelam que uma maior exigência nas tarefas do trabalho está relacionada a um menor bem-estar e uma menor satisfação com a equipa e a coordenação, o mesmo não se verificando em relação a satisfação com o trabalho, o que pode levantar a possibilidade dos fisioterapeutas não se sentirem satisfeitos com a sua equipa de trabalho, assim como com a coordenação/supervisão associando os mesmos ao excesso de trabalho que apresentam, sentindo-se contudo satisfeitos pela possibilidade dessas exigências contribuírem um pouco para a sua realização profissional e melhorias no desempenho, não se verificando assim uma relação negativa que à priori seria possível, tal como a verificada com o mal-estar, considerando estudos anteriores

que encaram as exigências da tarefa como preditores de mal-estar, complicações de saúde, fadiga, exaustão emocional e mesmo estados de *burnout* (Karasek, 1979; Karasek e Theroell, 1990; Bakker, Demerouti, & Schaufeli, 2003, 2007; Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001; Schaufeli & Bakker, 2004; Schaufeli et al., 2009; Xanthopoulou et al., 2007; Giebels & Janssen, 2005; Leone et al., 2008).

Por outro lado diversos autores apontam o controlo/autonomia no trabalho como positivamente relacionados com o bem-estar e satisfação no trabalho (Lopopolo, 2002; Schaufeli and Bakker, 2004; Bakker et al., 2003; De Jonge et al., 1999; Bakker and Demerouti, 2008; Bakker et al., 2004; Hu, Schaufeli & Taris, 2010).

Os resultados obtidos também confirmam estes estudos ao demonstrarem uma relação positiva entre o controlo/autonomia no trabalho e o bem-estar, satisfação com o trabalho e com a equipa e negativa com mal-estar. Apenas ao nível da satisfação com a coordenação a correlação positiva verificada não se apresenta significativa. Provavelmente neste caso a satisfação com a supervisão já se apresenta bastante positiva, podendo a direcção ser mesmo promotora de comportamentos de autonomia e controlo no trabalho, o que não leva a grandes alterações na satisfação.

As regressões lineares múltiplas realizadas para testar as hipóteses de estudo levantadas, também analisam, ainda que de modo indirecto, o efeito das variáveis exigências e controlo no trabalho sobre o bem-estar e satisfação. Uma vez que a análise de regressão realizada engloba a acção conjunta de um conjunto de variáveis como o sexo, idade, exigências, controlo e interacção entre controlo e exigências os resultados apresentados para cada uma destas dimensões já se apresentam condicionados pelo peso das outras variáveis do modelo.

Contudo ainda se verifica um efeito significativo e positivo quer das exigências quer do controlo no bem-estar, o que neste caso pode ser encarado como um factor de trabalho activo conforme nos refere Karasek (1979) com o seu modelo.

Também na análise de regressão se verifica um efeito positivo do controlo no trabalho sobre a satisfação com o trabalho e com a equipa, o que já se verificou em estudos anteriores atrás mencionados.

No que se refere ao mal-estar o modelo de regressão obtido também se apresentou significativo não existindo contudo efeito interactivo entre as variáveis exigência e controlo no trabalho. Apenas se nota um possível aumento do mal-estar com as exigências da tarefa, aspecto este

que já foi encontrado na literatura anteriormente revista (Bakker, Demerouti, & Schaufeli, 2003, 2007; Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001; Schaufeli & Bakker, 2004; Schaufeli et al., 2009; Xanthopoulou et al., 2007; Giebels & Janssen, 2005; Leone et al., 2008).

Foram estabelecidas 3 hipóteses de estudo em que se procurou relacionar os efeitos moderadores do controlo do trabalho sobre a relação entre as exigências no trabalho e o bem-estar e satisfação no trabalho dos fisioterapeutas.

A hipótese 1 diz respeito ao efeito da variável controlo na moderação da relação entre as exigências do trabalho e o bem-estar, considerando uma possibilidade de trabalho activo promotora do desenvolvimento das potencialidades dos trabalhadores, que lhes confere satisfação e bem-estar conforme Karasek (1979), Karasek e Theorel (1990), Van Der Doef e Maes (1999) e Bakker, Van Veldhoven e Xanthopoulou (2010). Esta não se confirmou uma vez que o efeito moderador do controlo sobre a relação entre as exigências das tarefas e o bem-estar não se verificou significativo.

A hipótese 2 também se baseou nos estudos anteriormente desenvolvidos acima mencionados relativos ao modelo de exigências e controlo de trabalho de Karasek (1979), não tendo também sido por sua vez confirmada.

A amostra, em estudo apesar de ser suficiente para a realização das análises multivariadas (regressão linear múltipla), apresenta-se um pouco mais reduzida comparativamente aos estudos realizados anteriormente, o que poderá ter influenciado os resultados, uma vez que amostras superiores tendem geralmente a obter resultados mais significativos (Pais-Ribeiro, 2010; Coelho et al., 2007). É também importante ter em consideração a ambiguidade associada às investigações sobre os efeitos interactivos da variável exigência e controlo de trabalho do modelo de Karasek, conforme já nos referiram anteriormente autores como De Lange et al (2003) que referem que os efeitos únicos quer da exigência quer do controlo são suficientes para explicar situações de bem-estar e satisfação e Scheurs e Taris (1998), citados por Turner (2005) que referem que este efeito interactivo consiste num fenómeno inconstante.

Por fim também numa revisão de estudos realizada por Turner (2006) relativos ao efeito interactivo das variáveis controlo e exigência do trabalho propostas pelo modelo de Karasek, os resultados apontam para um número muito inferior de estudos com valores estatisticamente significativos que permitam comprovar esta interacção.

Quanto à hipótese 3 do estudo em que se estudou a moderação do controlo do trabalho na relação negativa entre as exigências do trabalho e o mal-estar, baseada na componente do modelo de Karasek que consiste num trabalho desgastante definido por altas exigências de trabalho e um fraco controlo sobre o mesmo que pode originar segundo autores como Bakker et al. (2004), Bakker, Demerouti, Taris, Schaufeli e Schreurs (2003) problemas de saúde, exaustão e mesmo burnout, ou seja resumidamente de mal-estar, e que já foi verificado anteriormente (Bakker et al., 2005; Van der Doef and Maes, 1999; Johnson and Hall, 1988). Os resultados também não revelam um efeito interactivo significativo, o que não é totalmente incomum conforme já referido por Turner (2006).

Discutidos os resultados obtidos, segue-se a finalização do presente trabalho com uma breve conclusão do mesmo em que se apresenta alguns dos aspectos considerados pertinentes para desenvolver estudos futuros, ou mesmo para aplicar na intervenção prática para a promoção do bem-estar e satisfação no trabalho da área da Fisioterapia.

## CONCLUSÕES

Actualmente no contexto hospitalar, as condições de trabalho não têm melhorado, havendo uma intensificação do trabalho, uma deficiente gestão de recursos materiais e humanos e uma redução de autonomia nos processos de decisão e gestão dos serviços. Todas estas mudanças adoptadas pelas organizações hospitalares influenciam a satisfação, o bem-estar profissional e o empenho para com a organização. Segundo, Karasek e Theorell (1990), as mudanças organizacionais têm que ser traduzidas em mudanças nas políticas de gestão que conduzem aos atuais contextos de trabalho.

O grau de satisfação no trabalho, resulta da avaliação periódica que cada um de nós faz instantânea e empiricamente, do grau de realização dos seus valores, necessidades, preferências e expectativas profissionais. O profissional percebe ou sente que o que recebe (salário, segurança no emprego, condições de trabalho, conforto, bem-estar, amizade dos colegas, apreço dos utentes, autonomia no trabalho, oportunidades de formação continua, desenvolvimento de um projeto profissional) é justo ou de acordo com aquilo que espera obter (Graça', 1999, citado por Frazão, 2004).

Alcobia (2001) refere que existem múltiplas razões que justificam o estudo da satisfação no trabalho, porém é uma das variáveis que tem sido pouco estudado ao nível do comportamento organizacional. Para o autor existem duas perspectivas que justificam o seu estudo: a perspectiva do trabalhador e a perspectiva da organização. A primeira revela uma tendência humanitária, no sentido em que considera que a satisfação no trabalho resulta de aspectos como o respeito, o bem-estar, a saúde psicológica; A segunda baseia-se num maior pragmatismo, no sentido em que o fundamenta no princípio de que a satisfação pode influenciar o funcionamento da organização e contribuir para o incremento da produtividade.

Em 2002, a publicação da Resolução do Conselho de Ministros nº 41/2002, de 7 de Março, define as medidas que visavam a transformação de estabelecimentos públicos prestadores de cuidados de saúde em EPE, realçando a necessidade de garantirem a qualidade técnica e a

actualização dos meios disponíveis, consolidando assim o entendimento relativo à necessidade de reforma e inovação da gestão hospitalar já existente.

Desta forma, estas políticas de saúde fizeram com que novas formas de organização do trabalho e da gestão de unidades de saúde surgissem, como é caso das privatizações e da empresarialização de hospitais e centros de saúde (Guerra, 2003). Assim, o sector público tem vindo a contribuir com o capital humano corporizado dos profissionais de saúde e do sector privado a mobilização da sua capacidade de gestão e financiamento. Confere-se assim, às unidades hospitalares a gestão justificada dos seus custos, criando um conflito entre a política económica rigorosa das instituições e os valores pessoais e profissionais dos seus técnicos. Perante este actual enquadramento, os fisioterapeutas vêm muitas vezes as suas expectativas em relação ao tratamento dos seus doentes serem defraudados por um excessivo número de pacientes e um elevado papel burocrático, e consequentemente são constantes as queixas de falta de tempo para tratamento dos doentes tanto pelo profissional como pelo doente.

Lopopolo (2002) refere que existem factores no ambiente de trabalho que produzem uma experiência de trabalho positiva, nomeadamente quando existe uma boa percepção por parte do indivíduo em relação ao seu papel na organização. Pelo contrário, existem factores que produzem experiências negativas (stress) e poderão produzir resultados negativos ou baixos níveis de satisfação profissional e dedicação à organização.

O bem-estar e satisfação, enquanto outputs da fisioterapia, contribuem para a realização profissional dos fisioterapeutas e por isso são considerados de extrema importância. Robbins (1990) afirma que os trabalhadores que se encontram mais satisfeitos no emprego apresentam níveis de ansiedade, tensão e stress mais baixos e consequentemente níveis mais baixos de fadiga, cefaleias, colesterol e doenças cardíacas, resultando isso numa maior esperança de vida. O bem-estar dos profissionais é indispensável e desta forma a avaliação da satisfação no trabalho deveria ser um procedimento frequente das organizações.

O estudo desenvolvido é enquadrado em relação às variáveis, no modelo das Exigências e Controlo, de Karasek. Este modelo reúne um conjunto de características que vão ao encontro da motivação no desenvolvimento deste projecto: estimular as instituições a participarem activamente na construção de ambientes de trabalho mais saudáveis; desenvolver estratégias a fim de promover

uma maior satisfação e bem-estar profissional dos fisioterapeutas de forma a melhorar a qualidade dos serviços de fisioterapia.

Segundo Graça (1999, citado por Guerra, 2003) a satisfação profissional depende da avaliação que o profissional faz em relação a cada uma destas dimensões: autonomia e poder; condições de trabalho; realização pessoal, profissional e desempenho organizacional; relação profissional/doente; relação de trabalho e suporte social; renumeração; segurança no emprego; *status* e prestígio.

Ao longo do desenvolvimento deste trabalho percebeu-se a escassez de evidência actual relativa à temática em estudo, recomenda-se, por isso a realização de estudos com as mesmas variáveis em outras regiões do país, em outras instituições, com outros profissionais de forma a reflectir a realidade nacional, sendo desta forma, a amostra mais significativa. Seria igualmente fundamental a análise de outras variáveis como as relações interpessoais e intergrupais no trabalho, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados, aspectos estes relacionados com o suporte social no trabalho já anteriormente defendido por Johnson e Hall (1988) que o introduziram no modelo de Karasek e também tendo em consideração os estudos realizados por Ilies et al (2010) que verificaram o impacto do suporte da organização na diminuição dos efeitos negativos das exigências do trabalho no bem-estar, e também na relação entre problemas na relação família/trabalho e a exaustão emocional e problemas de saúde mental (Van Daalen et al., 2009). Também a meta análise de 106 estudos levada a cabo por Luchman e Gonzalez (2013) revelou um impacto do suporte da supervisão e da equipa de trabalho na diminuição dos efeitos negativos das exigências do trabalho.

Para além do suporte social é também importante considerar os aspectos individuais como o sexo e a idade já devidamente analisados neste estudo. Outro aspecto importante relacionado com as características individuais que poderá ser estudado futuramente, está relacionado com a auto-eficácia e a motivação individual, que de acordo com estudos já realizados (Siu et al, 2007; Williams et al., 2010; Trepanier, Fernet & Austin, 2013) apresentam um efeito moderador significativo na diminuição do mal-estar no trabalho provocado por elevadas exigências de trabalho.

Num estudo realizado por Heponiemi, Kuusio, Sinervo e Elovainio (2011) na Finlândia com Fisioterapeutas, foram comparados os níveis de bem-estar, atitudes perante o trabalho, justiça

organizacional, controlo no trabalho, stress psicológico, problemas de sono e capacidade de trabalho entre profissionais do sector privado e do sector público, notando-se que os Fisioterapeutas de estabelecimentos privados apresentam níveis superiores de satisfação no trabalho e atitudes perante o trabalho e baixos níveis de problemas de sono e stress psicológico comparativamente aos profissionais do sector público. Os autores também verificaram um efeito mediador significativo de níveis elevados de justiça organizacional na adopção de atitudes mais positivas perante o trabalho e um maior bem-estar nos profissionais do sector privado. Em resumo, constataram que os fisioterapeutas que trabalham no sector privado apresentam um maior bem-estar relativamente aos que trabalham no sector público, o que se deve em grande parte a justiça organizada verificada em estabelecimentos privados.

Tendo em consideração este trabalho também apresentamos como proposta o estudo dos aspectos já analisados neste estudo entre Fisioterapeutas que trabalham em estabelecimentos de saúde privados e públicos, para uma melhor compreensão do impacto dos aspectos positivos e negativos associados ao trabalho assim como os possíveis efeitos moderadores e mediadores.

Assim, a adopção de iniciativas no estabelecimentos de saúde, que consistam na realização de acções de sensibilização e de formação, assim como dinâmicas de grupo, que enfatizem a importância do trabalho conjunto entre profissionais de saúde, colegas e superiores na promoção de comportamentos positivos que se reflectam no bem-estar e satisfação no trabalho, que permitam uma melhor produtividade e qualidade no trabalho é essencial e deverá ser ponto de extrema relevância em todo o trabalho realizado na área da saúde quer física quer mental.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcobia, P. (2001). Atitudes e satisfação no trabalho. Manual de Psicossociologia das Organizações, Lisboa: McGraw-Hill.
- Bakker, A.B., Demerouti, E., Taris, T., Schaufelli, W.B. & Scheurs, p. (2003). A multi-group analysis of the job demands-resources model in four home care organizations. *International Journal of Stress management*, 10, 16-38.
- Bakker, A. B., Van Veldhoven, M. J. P. M., & Xanthopoulou, D. (2010). Beyond the Demand–Control model: Thriving on high job demands and resources. *Journal of Personnel Psychology*, 9, 3–16.
- Bakker, A., Demerouti, E., & Schaufeli, W. (2003). Dual processes at Work in a call center: An application of the job demands – resources model. In *European journal of Work and Organizational Psychology*, 12 (4), 393-417.
- Bakker, A.B., Hakanen, J.J., Demerouti, E., & Xanthopoulou, D. (2007). Job resources boost work engagement, particularly when job demands are high. *Journal of Educational Psychology*, 99, 274–284.
- Bakker, A.B. & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309-328.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Euwena, M. C. (2005). Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of Occupational Health and Psychology*, 10(20), 170–180.
- Bakker, A., Demerouti, E., & Verbeke, W. (2003). Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. In *Human Resource Management*, 43 (1), 83-104
- Bettencourt, C., Machado, I., Guerra, I., Fonseca, J., Pascoalinho, J. Avilez, M., Murta, O. & Amado, S. (2005). *Fisioterapia, Padrões de Prática* (3ª edição), Lisboa: APF.
- Buunk, B.P., Jonge, J., Yema, J.F. & Wolf, C.J. (1998). Psychosocial aspects of occupational stress. In T. Drenth & C.J. Wolff (Eds), *Handbook of Work and Organizational Psychology* (Vol. 2, pp. 145-182). Trowbridge, Wilts: Psychology Press.

Castanheira, F. (2009). Burnout no Serviço ao Cliente: o papel das organizações na criação de ambientes de trabalho saudáveis. Tese de Doutoramento em Psicologia. Lisboa: Universidade de Lisboa Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

Castoriadis, C. (1999). Domaines de L'Homme. Les Carrefours du Labyrinthe (2<sup>a</sup> ed). Paris: Éditions du Seuil.

Chambel, M.J. (2005). Stress e Bem-Estar nas Organizações. Stress e Bem-Estar. Modelos e Domínios de Aplicação, Lisboa: Climepsi.

Chambel, M.J., & Curral, L. (2005) Stress in academic life: Work characteristics as predictors of students well-being and performance. *Applied Psychology: An International Review*, 54, 135-147.

Charlesworth M. (1996). La bioética en una sociedad liberal, Cambridge, 131.

Childs, J., Whitman, J., Sizer, P., Pugia, M., Flynn, T. & Delitto, A. (2005). A description of physical therapists' knowledge in managing musculoskeletal conditions. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 6(32).

Coelho, J.P., Cunha, L.M. & Martins, I.L. (2007). Inferência estatística com utilização do SPSS e G-Power. Lisboa: Edições Silabo.

Coutinho, I. (2007). "N" Reflexões - O Exercício em Fisioterapia - Padrões e Práticas, *Arquivos de Fisioterapia. Revista Portuguesa de Fisioterapia*, 1(3), 48-52

Cunha, M., Rego, A. & Cardoso, C. (2006). Manual de Comportamento Organizacional e Gestão. Lisboa: RH Editora.

Curral, L. (2005). Sharedness in Work Team Innovation: A process model of team regulation. Tese de doutoramento em Psicologia. Lisboa. Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação.

Danna, K., & Griffin, R. (1999). Health and Well-Being in the Workplace: a Review and Synthesis of the Literature. *Journal of Management*. 25 (3), 357-384.

De Jonge, J., Mulder, M. J. G., & Nijhuis, F. J. N. (1999). The incorporation of different demand concepts in the job demand-control model: effects on health care professionals. *Social Science & Medicine*, 48, 1149-1160.

De Lange, A., Taris, T., Kompier, M., Houtman, I. & Bongers, P. (2003). The very best of the millennium: longitudinal research and the demand-control- (support) model. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8, 282-305.

Delplanque, D. & Antonello, M. (2002). L'evaluation au service de l'autonomie professionnelle en kinesitherapie respiratoire. *La Reeducation de L'enfant. Kinesitherapie Scientifique*, 414, 52-53.

Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. (2001). The Job demands-resources model of burnout. In *Journal of Applied Psychology*, 88, 499-512

Diener, E., Scollon, C. & Lucas, R. (2003). The involving concept of subjective well-being: The multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*. 15, 187-219.

Ferreira, J. A. e Ferreira, A.G. (2001). Desenvolvimento psicológico e social do jovem adulto e implicações pedagógicas no âmbito do ensino superior. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 35(3), 119-159.

Frazão, C. (2004). Grau de Satisfação Profissional dos Fisioterapeutas no Hospital Egas Moniz S.A. Monografia final do Curso de Licenciatura em Fisioterapia. Alcoitão: Escola Superior de Saúde Alcoitão

Giebels E, Janssen O. (2005). Conflict stress and reduced wellbeing at work: The buffering effect of third - party help. *Eur. J. Work Org. Psychol.* 14, 137 - 155.

Giddens, A. (1997). *Modernidade e Identidade Pessoal* ( 2ªed), Oeiras: Celta Editora.

Glatzer, W. (1987). Subjective Well-Being: components of well-being. *Social Indicators., Research*, 19, 25-38.

Hackman, J. & Oldham, G. (1975). Development of the Job diagnostic survey. *Journal of Applied Psychology*, 60(2), 159-70.

Hackman, J. & Oldham, G. (1980). *Work redesign*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Harter, J., Schmidt, F. & Keyes, C.L. (2002). Well-being in the workplace and its relationship to

business outcomes: a review of the gallup studies. Flourishing: The positive person and the good life, Washington D.C: American Psychological Association, p.205-224.

Heponiemi, T., Kuusio, H., Sinervo, T. & Elovainio, M. (2011). Job attitudes and well-being among public vs private physicians : organizational justice and job control as mediators. *European Journal of Public Health*, 21, 4, 520–525

Hospital Curry Cabral – História <http://www.min-saude.pt/Hospital/História> 12-06-2012 22:15

Hospital D. Estefânia <http://marcasciencias.fc.ul.pt> 13/06/2012 21:30

Hospital de Santa Marta – História <http://www.hsmarta.min-saude.pt> 13/06/2012 20:30

Hospital Santo António dos Capuchos <http://www.fcm.unl.pt/departamentos/cirurgiaii> 13/06/2012 20:10

Hospital S. José – Especialidades <http://portaldasaude.pt/portalserviço/prestadores> 13-06-2012 18:45

Hospital S. José - História <http://www.digitarq.gov.pt> 13/06/2012 19:05

Hu, Q., Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2010). The job demands-resources model: An analysis of additive and joint effects of demands and resources. *Journal of Vocational Behavior*, 79, 181–190

Ilies, R, Dimotakis, D., De Pater, I.E. (2010). Psychological and Physiological reactions to high workloads: implications. *Personnel Psychology*; 63, 407-436

Johnson, J.V., & Hall, E.M. (1988). Job strain, work place social support and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *AJPH*, 78 (10), 1336-1342.

Johnson, J. & Hall, E. (1988). Job strain, workplace social support and cardiovascular disease: a cross-seccional of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, Washington, 86,(3), 324-331.

- Jones, F., & Fletcher, B. (2003). Job control and health. In M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst & C.L. Cooper (Eds.), *Handbook of Work and Health Psychology* (pp.33-50) Chichester: John Wiley & Sons
- Jones, F., & Fletcher, B. (1996). Job control and health. In M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst & C.L. Cooper (Eds.), *Handbook of Work and Health Psychology* (pp. 33-50) Chichester: John Wiley & Sons.
- Karasek, R.A. (1979). Job demands job control and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kathryn, R. & Elizabeth, G. (2004). *Musculoskeletal Physiotherapy – Clinical Science and Evidence-Based Practice*. BUTTERWORTH HEINEMANN.
- Keyes, C., Shmotkin, D. & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- Leone, S., Huibers, M., Knottnerus, J., & Kant, I. J. (2008). The prognosis of burnout and prolonged fatigue in the working population: A comparison. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50, 1195–1201
- Lhuillier, D. (2005). *Trabalho. Dicionário de Psicossociologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Locke, E. (1969). What Is Job Satisfaction?. *Organizational behavior and human performance*. 4(4), 309-336.
- Locke, E. (1976). The nature and causes of job satisfaction. *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Chicago: Rand-McNally, 1294-1349.
- Locke, E. (1984). Job satisfaction. *Social psychology and organizational behavior*. Nova Iorque: John Wiley and Sons, 93-117.

Lopopolo, R. (2002). The Relationship of Role-Related Variables to Job Satisfaction and Commitment to the Organization in a Restructured Hospital Environment. *Physical Therapy*, 82 (10), 984-999.

Lowe, C. & Bithell, C. (2000). Musculoskeletal Physiotherapy in Primary Care Sites. *Physiotherapy*, 86(9), 479- 485.

Luchman, J. N., & González-Morales, M. G. (2013). Demands, control, and support: A meta-analytic review of work characteristics interrelationships. *Journal of Occupational Health Psychology*, 18(1), 37–52.

Maroco, J. (2010). *Análise Estatística de Dados com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pero Pinheiro: Report Number.

Martin, V. & Enderson, E. (2004). *Gestão de Unidade de Saúde e de Serviços Sociais*. Lisboa: MONITOR.

Martins, A. (2005). *Grau de satisfação Profissional dos Fisioterapeutas a Trabalhar num Hospital Central, inserido na sub-região de Lisboa*. Monografia de final de curso de Licenciatura em Fisioterapia. Alcoitão: Escola Superior de Saúde do Alcoitão.

Martins, S. (2006). *Grau de Satisfação dos Fisioterapeutas em Hospitais de Gestão Privada*. Seminário de Acompanhamento de Monografias. 2ºciclo do Curso Bietápico de Licenciatura em Fisioterapia. Alcoitão: Escola Superior de Saúde do Alcoitão.

Maternidade Alfredo da Costa – Evolução <http://www.maternidade.pt/mac/evolucao> 13-06-2012 19:40

McDaid, D., Curran, C. & Knapp M. (2005). Promoting mental well-being in the workplace: a European policy perspective. *International Review of Psychiatry*, 17(5), 365-373.

Mckennell, A. (1978). Cognition and affect in perception of well-being. *Social Indicators Research*, 5, 389-426.

- Mikkelsen, A., Ogaard, T. & Landsbergis, P. (2005). The Effects of New Dimensions of Psychological Job Demands and Job Control on Active Learning and Occupational Health. *Work and Stress*, 19, 153-175.
- Morgeson, F. P., & Humphrey, S. E. (2006). The work design questionnaire (WDQ): Developing and validating a comprehensive measure for assessing job design and the nature of work. *Journal of Applied Psychology*, 91, 1321-1339.
- Norman, A. (2012). Qualidade em Saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 7 (23).
- Pais-Ribeiro, J.L. (2010). *Metodologias de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Livpsi.
- Parker, S., Chmiel, N. & Wall, T. (1997). The work characteristics and employee well-being within a context of strategic downsizing. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2 (4), 289-303.
- Peiró, J. (1993). *Desencadeantes del Estrés Laboral*. Salamanca: Endema
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS (5ª Ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Petty, N. (2007). *Exame a Avaliação Neuro-músculo-esquelética: Um manual para terapeutas*. Loures: LUSODIDACTA
- Petty, N. (2008). *Princípios de Intervenção e Tratamento do Sistema Neuro-músculo-esquelético – Um guia para Terapeutas*. Loures: LUSODITACTA.
- Portugal, Ministério da Saúde, Lei nº 48/90, Lei de Bases da Saúde de 24 de Agosto
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments, and Computers*, 36, 717-731.
- Ryan, R., & Deci, E. (2004). Autonomy is no illusion: Self-determination theory and the empirical study of authenticity, awareness, and will. *Handbook of Experimental Existential Psychology*, New York: Guilford Press.

Robbins, S. (1990). *Organization Theory: Structure, Design and Applications*, Prentice Hall. New Jersey.

Santos, O. (1988). *Ninguém Morre de Trabalhar: O Mito do Stress*. S. Paulo: Cantgraf Editora

Schaufeli, W.B. & Bakker, A. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25 (3). 293-315.

Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Van Rhenen, W. (2009). How changes in job demands and resources predict burnout, work engagement, and sickness absenteeism. *Journal of Organizational Behavior*, 30, 893-917.

Scheurs, P.J. & Taris, T.W. (1998). Construct Validity of the demand control model. A double cross-validation approach. *Work & Stress*, 12, 66-84

Serapioni, M. (2009). Avaliação da Qualidade em Saúde - Reflexões Teórico-Metodológicas para uma Abordagem Multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 85, 65-82.

Siqueira, M. & Padovam, V. (2008). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem Estar no Trabalho . *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 24(2), 201-209.

Sonnentag, S., & Frese, M. (2003). Stress in organizations. *Handbook of Psychology: Industrial and Organizational Psychology*, Vol. 12, (pp. 453-491).

Souza-Guerra, I. (2003). *Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde. Projecto de Qualidade Total numa Unidade de Fisioterapia: Diagnóstico e Projeto de Mudança*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e Empresa.

Spiegel, M.R. (1984). *Estatística*, 2ª Edição. McGraw-Hill

Siu, O., Lu, C., & Spector, P. E. (2007). Employees' well-being in Greater China: The direct and moderating effects of general self efficacy. *Applied Psychology: An international review*, 56(2), 288–301.



Taris, T.W., & Kompier, M.A.J. (2005). Job characteristics and learning behavior: review and psychological mechanisms. *Research in Occupational Stress and Well-Being: Exploring Interpersonal Dynamics*, 4, 127-166.

Taris, T. (2006). Bricks without clay: On urban myths in occupational health psychology. *Work & Stress*, 20, 99-104.

Terry, D.J. & Jimmieson, N.L. (1999). Work control and employee well-being: A decade review. In C.L. Cooper & I.T. Robertson (Eds), *International Review of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 95-148). John Wiley & Sons Ltd.

Trepannier, S.G., Fernet, C. & Austin, S. (2013). The moderating role of autonomous motivation in the job demands-strain relation: a two sample study. *Motiv Emot*, 37, 93-105.

Turner, N., Chiel, N. & Walls, M. (2005). Railing for safety: Job Demands, Job Control and Safety Citizenship Role Definition. *Journal of Occupational Health Psychology*. 10(4), 504-512.

Van Dalen, G., Willemsen, T.M., Sanders, K. & Veldhoven, M.J. (2009). Emotional Exhaustion and mental health problems among employees doing people work: the impact of job demands, job resources and family to work conflict. *Int Arch Occup Environ Health*, 89, 291-303.

Van der Doef, M. & Maes, S. (1999). The job-demand-control-support model and psychological well-being : a review of 20 years of empirical research. *Work and Stress*, 13, 87-114.

Van Horn, J., Taris, T., Schaufeli, W. & Scheurs, P. (2004). The structure of occupational well-being: a study among Dutch teachers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, 365-375.

Wall, T.D., Jackson, P.R., Mullarkey, S. & Parker, S.K. (1996). The demands-control model of job strain : A more specific test. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 69, 153-166.

Warr P. A. (1994). Conceptual framework for the study of work and mental health. *Work Stress*, 8(2):84-97.

Warr, P.B. (1990). The measurement of well-being and other aspects of mental health. *Journal of Occupational Psychology*, 52, 129-148

Warr, P. B (2003). Well-being and the workplace. Em D. Kahneman; E. Diener e N. Schwarz (Orgs.),

Well-being: the foundations of hedonic psychology (pp. 392-412). New York: Russel Sage Foundation.

Williams, S.A., Wissing, M. P., Rothmann, S.,&Temane,Q.M. (2010). Self-efficacy, work, and psychological outcomes in a public service context. *Journal of Psychology in Africa*, 20(1), 43–52.

Winnubst, J.A.M. & Schabracq, M.J. (1996). Social support, stress and organizations: Towards optimal matching. In M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst, & C.L. Cooper (Eds). *Handbook of Work and health Psychology* (pp.87-102). Chichester: John Wiley & Sons

World Confederation for Physical Therapy (2011). Policy Statement <http://www.wcpt.org/policy> 14-06-2012 19:10

Wright, T.A. (2003). Positive organizational behavior: an idea whose time has truly come. *Journal of Organizational Behavior*, 24, 437-442

Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Dollard, M. F., Demerouti, E., Schaufeli, W. B., et al. (2007). When do job demands particularly predict burnout? The moderating role of job resources. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 766-786.

## APÊNDICES

### APÊNDICE I

CHLC NEPH 09/10/12 8 290

Exm<sup>a</sup> Senhora Presidente do Conselho da  
Administração do Centro Hospitalar de  
Lisboa Central, EPE

À Sr. Dr. Eugénia Veiga  
Que por favor o favor de  
inscrever esta posição  
(Prestação do H.C.L.)  
MANUEL DE DIXITON  
16.10.12

Assunto: Realização de um estudo de tese sobre Autonomia e Exigências da  
Tarefa dos fisioterapeutas que trabalham nas condições músculo  
esqueléticas: Características do Bem-estar e Satisfação

Eu, João Manuel dos Santos Gaspar, Fisioterapeuta, venho por este meio  
solicitar autorização para a realização de um estudo no âmbito do Mestrado  
em Ciências da Fisioterapia na especialidade das Músculos Esqueléticas na  
Escola Superior de Saúde do Alcoitão.

O objectivo do presente estudo consiste em compreender de que modo a  
exigência da tarefa e autonomia afectam o bem-estar psicológico e  
satisfação dos fisioterapeutas que exercem prática clínica nas condições  
músculo esqueléticas.

O objetivo específico que sustenta a investigação reside na compreensão do  
efeito da interação das exigências da tarefa com a autonomia dos  
fisioterapeutas no seu bem-estar e satisfação, usando o modelo Job-  
Demand Control.

A recolha de dados depende da administração de um questionário (que  
contempla uma escala verificada e adaptada à realidade portuguesa) aos  
fisioterapeutas das condições músculo esqueléticas do Centro Hospitalar de  
Lisboa Central.

Grato pela disponibilidade

ENTRADO NA  
SEÇÃO DE PESSOAL  
07 OUT 2012  
HOSPITAL C. CABRAL

CENTRO HOSPITALAR  
DE LISBOA  
Secretariado CA  
N.º 7615  
Entrada 09/10/12  
Saída 16/10/12

(João Manuel dos Santos Gaspar  
do Hospital Curry Cabral)

João Manuel dos Santos Gaspar  
mestrado 32292

## ANEXOS

### ANEXO I

#### Questionário de Investigação:

#### Satisfação e Bem Estar no trabalho

Este questionário é sobre a satisfação e o bem estar profissional no contexto organizacional e serve para recolher a sua percepção sobre o seu grau de satisfação e bem estar no trabalho.

Não existem respostas certas ou erradas a este questionário, queremos apenas saber a sua visão pessoal sobre os assuntos abordados ao longo do mesmo. Não demore muito tempo a pensar sobre cada questão, as primeiras reações são geralmente melhores. Assinale as suas respostas na escala assinalando uma X que se encontra à direita de cada item.

As suas respostas são confidenciais e em nenhuma situação os seus dados individuais serão dados a alguém.

Hospital:

Há quanto tempo trabalha neste hospital?

Serviço:

Formação académica:

Género:

Feminino

Masculino

Idade:

## SATISFAÇÃO

Nesta secção pedimos-lhe que avalie o seu grau de satisfação com diferentes aspectos do seu trabalho nesta equipa.

	Discordo	Discordo em parte	Não concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo
1 Estou satisfeito com o reconhecimento que recebo do coordenador da equipa.	1	2	3	4	5
2 Não estou satisfeito com o ambiente de trabalho nesta equipa.	1	2	3	4	5
3 Penso muitas vezes em deixar esta equipa.	1	2	3	4	5
4 Estou satisfeito com a qualidade do trabalho que esta equipa produz.	1	2	3	4	5
5 A maioria das coisas que faço no meu trabalho não tem significado para mim.	1	2	3	4	5
6 Estou satisfeito com a supervisão que recebo.	1	2	3	4	5
7 Estou satisfeito com as pessoas com quem trabalho.	1	2	3	4	5
8 De um modo geral, estou satisfeito com os meus colegas.	1	2	3	4	5
9 Se tivesse oportunidade, mudava de equipa.	1	2	3	4	5
10 O meu trabalho tem pouca importância na minha vida.	1	2	3	4	5
11 De um modo geral estou satisfeito com o desempenho desta equipa.	1	2	3	4	5
12 Estou satisfeito com o apoio que recebo do meu coordenador.	1	2	3	4	5
13 De um modo geral gosto de trabalhar com os meus colegas.	1	2	3	4	5
14 Uma das coisas que me deixa mais satisfeito neste emprego é o trabalho que faço.	1	2	3	4	5
15 Se tivesse oportunidade, gostava de fazer um trabalho diferente.	1	2	3	4	5

## BEM-ESTAR

A secção seguinte é sobre o seu bem-estar geral e os seus sentimentos em relação ao trabalho. Por favor responda a todas as questões.

Pensando nas últimas semanas, em que medida o seu trabalho o fez sentir-se como descrito abaixo?

	Nunca	Rara- mente	Por algum tempo	Grande parte do tempo	Quase todo o tempo	Todo o tempo
1 Tenso	1	2	3	4	5	6
2 Ansioso	1	2	3	4	5	6
3 Preocupado	1	2	3	4	5	6
4 Confortável	1	2	3	4	5	6
5 Calmo	1	2	3	4	5	6
6 Descontraído	1	2	3	4	5	6
7 Deprimido	1	2	3	4	5	6
8 Melancólico	1	2	3	4	5	6
9 Infeliz	1	2	3	4	5	6
10 Motivado	1	2	3	4	5	6
11 Entusiasmado	1	2	3	4	5	6
12 Optimista	1	2	3	4	5	6

## ANEXO 2

### Escala Exigências e Autonomia no Trabalho

O presente questionário é parte de uma investigação para uma Tese de Mestrado em Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Alcoitão.

Não há respostas certas ou erradas, o que nos interessa é a sua opinião. Essencialmente, queremos saber a sua visão pessoal sobre os assuntos abordados ao longo do mesmo.

Por favor dê a sua opinião sincera. As suas respostas serão estritamente confidenciais. Para assegurar a confidencialidade não escreva o seu nome no questionário.

Muito obrigado pela sua colaboração, com ela deu um contributo para o estudo.

Hospital:

Há quanto tempo trabalha neste hospital?

Serviço:

Formação académica:

Género: ☐ Feminino ☐ Masculino

Idade:

Pedimos que descreva algumas características do seu trabalho. Por favor responda a todas as questões assinalando com um X a resposta que melhor descreve o seu trabalho.

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. O meu trabalho exige que eu trabalhe depressa	1	2	3	4	5
2. O meu trabalho exige que eu trabalhe duramente	1	2	3	4	5
3. No meu trabalho, tenho uma grande quantidade de coisas para fazer	1	2	3	4	5
4. Não tenho tempo para fazer o meu trabalho	1	2	3	4	5
5. Tenho demasiado trabalho para fazer	1	2	3	4	5
6. Sinto que não tenho tempo para terminar o meu trabalho	1	2	3	4	5
7. Tenho que lidar com exigências contraditórias no meu trabalho	1	2	3	4	5
8. Tenho possibilidade de decidir como organizar o meu trabalho	1	2	3	4	5
9. Tenho controlo sobre o que acontece no meu trabalho	1	2	3	4	5
10. O meu trabalho permite-me tomar decisões por mim próprio (a)	1	2	3	4	5
11. No meu trabalho é-me pedido que tome as minhas próprias decisões	1	2	3	4	5